WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK

POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

POD REDAKCJĄ

DOC. DR. A. WOJCIECHOWSKIEGO

STYCZEŃ

ROK VI

ZESZYT I

WARSZAWA 1932 R.

ALLOCHRYSINE
Lumière

(Sól złotowa siarczanu sodowego tioglicerydu)

Działanie lecznicze złota zawartego w Allochrysine spotęgowane jest łatwo odszczepiającą się cząsteczką SIARKI in statu nascendi.

Stosowany śródmięśniowo, lub podskórnie, a nie dożylnie,

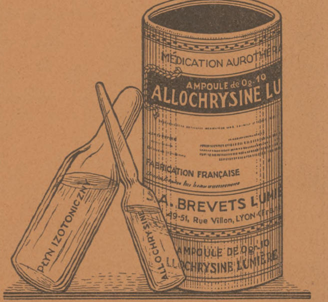
wchłania się powoli i nie wywołuje gwałtownego toksycznego działania.

Wskazania:

1) **GRUŹLICA (wszelkie postaci i okresy)**
2) **TOCZEŃ RUMIENIOWATY (lupus erythematoides)**
   1 zastrzyk tygodniowo
3) **GOŚCIEC STAWOWY, PRZEWLEKŁY**
   1 do 2 zastrzyków tygodniowo

W sprzedaży:

1) **ampułki à 0,05 Allochrysine**
2) „ „ 0,1 „
3) „ „ 0,2 „



Nr. Rej. 1412, 1413, 1414

Każde pudełko zawiera 1 ampułkę 2 cc. stężonego roztworu ALLOCHRYSINE i 1 ampułkę 8 cc. płynu izotonicznego. Należy oba płyny nabrać do strzykawki dla przygotowania roztworu ex tempore.

Przedstawicielstwo na Polskę L. NASIEROWSKI Warszawa, Kaliska 9, tel: 924-39, 930-42.

Próby i literatura na żądanie WPP. Lekarzy.

ROK VI WARSZAWA 1932 STYCZEŃ ZESZYT I

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

Zarys klasyfikacji schorzeń stawowych*)

podał

Dr. ALEKSANDER RYTEL.

St. asystent Kliniki.

Z I-ej Kliniki chorób wewnętrznych Uniw. Warszawsk. (Dyr. Prof. Dr. med. Jerzy Modrakowski).

Ogólnie znane są trudności rozpoznawcze schorzeń stawowych z powodu ich różnorodności obrazów klinicznych i anatomopatologicznych. Ostatnio na cierpienia te poczęto zwracać baczną uwagę, gdyż statystycznie stwierdzono, iż powodują one wśród ludności poszczególnych państw liczny odsetek niezdolności do pracy, bądź inwalidztwa nawet. Podjęto wiele nowych prac, mających na celu wyjaśnić istotę cierpienia oraz podnieść poziom lecznictwa. Prace te coraz więcej przyczyniają się do bardziej racjonalnego ujęcia klasyfikacji chorób stawowych.

Dotychczasowe podziały w związku z pogłębieniem wiedzy naszej nad istotą cierpień stawowych przeszły s z e r e g ewolucji. Opierano je na podstawach zmian anatomo-patologicznych, obrazów rentgenologicznych, cech ich przebiegu klinicznego wreszcie w ostatnim czasie coraz więcej zwolenników zyskuje klasyfikowanie, w którem dominującą rolę odgrywa czynnik etjologiczny. Brak miejsca nie zezwala na szersze omawianie tych klasyfikacyj, ogólnie tylko zaznaczyć można, że żaden z podziałów nie został powszechnie przyjęty. Podział poniżej podany oparty jest głównie na czynniku etjologicznym z uwzględnieniem jednak cech klinicznego przebiegu oraz obrazu anatomo-patologicznego. Pomimo takiego ujęcia bynajmniej nie należy przypuszczać, że podział w ten sposób przeprowadzony jest ostatecznym, gdyż w wielu przypadkach przyczyna pozostaje niejasną i dopiero dalsze badania

*) Referat wygłoszony na IX Zjeździe Internistów Polskich w Krakowie w dn. 24.IX 1931 r.

wskażą właściwe miejsca poszczególnych schorzeń w ogólnej klasyfikacji. Jednak można przypuszczać, iż przyczyni się to uszeregowanie do łatwiejszego ujęcia całości schorzeń stawowych oraz da możność szybszego zorjentowania się w istocie spostrzeganego cierpienia. Ten właśnie cel przyświeca pracy niniejszej, która obejmuje jedynie cierpienia stawowe i która zrywa z dotychczasową tradycją łączenia wszelkich bóli neuralgicznych, mięśniowych, kostnych w jednym wspólnym uszeregowaniu.

Chcąc już na wstępie podkreślić, że wszelkie schorzenia stawów mogą obejmować różne ilości stawów od jednego do wielu pod względem umiejscowienia się w nich procesów chorobowych w nagłówku użyto nazwy mono, oligo, polyarthritides (1-szy wiersz). Przebieg kliniczny jest uwidoczniony w 2-gim wierszu. Na lewej połowie podziału zamieszczono grupę schorzeń rozpoczynających się i przebiegających w postaci ostrej bądź podostrej, na prawej połowie grupę cierpień stawowych, które stanowią bądź to zejście schorzeń ostrych, bądź to przedstawiają sobą odczyn tkanek stawowych na długotrwale działający bodziec chorobowy. Bodźce zazwyczaj są słabe w swem działaniu drażniącem, tak, że chorzy często bardzo nie są w stanie ich wyraźniej odczuwać, oraz dokładniej je określić.

Każda z wyżej podanych grup jest podzielona na trzy podgrupy, odpowiednio do czynników etjologicznych wywołujących poszczególne cierpienia. Dla łatwiejszego omawiania tych podgrup nad każdą z nich jest zamieszczona liczba rzymska, oznaczająca kolejność ustalonych kolumn.

Kolumna 1-sza i IV-ta obejmują wszelkie schorzenia stawów, spowodowane przez czynniki, w najszerszem tego słowa znaczeniu, zakaźne, zarówno te, które zajęły cały ustrój. bądź zlokalizowały się w pojedyńczych ogniskach chorobowych. Schorzenia stawów przytem mogą być wywołane zarówno przez same bakterje, jak też i ich toksyny.

Na pierwszym planie (A) figurują schorzenia gośccowe stawów, gdyż, aczkolwiek istnienia swoistego zarazka gośćcowego nie stwierdzono, to jednak ogólnie przyjęto, iż tłem „reumatyzmu" jest sprawa zakaźna, czy to bezpośrednio, bądź pośrednio działająca. Następnie wymienione schorzenia gruźlicze (B), kiłowe (C) oraz szereg cierpień stawowych wtórnie występujących przy szeregu infekcji, ogólnie atakujących organizm (D).

Cierpienia tej grupy wszystkie przebiegają pod postacią typowych stanów zapalnych z zajęciem tkanek okołostawowych, bądź z umiejscowieniem się. wewnątrz stawów, z wysiękiem mniejszym lub większym surowiczym, włóknikowym, bądź ropnym.

Różnorodność postaci anatomopatologicznych uwidoczniają odsyłacze w formie małych literek zamieszczonych pod nazwą poszczególnych schorzeń.

Kolumny II-ga i IV-ta zawierają wyszczególnienie cierpień ostrych (II) i przewlekłych (IV), spowodowanych przez czynniki toksyczne. Czynniki te przenikać mogą do ustroju zzewnątrz (— exogeneticae) dostając się doń w postaci jadów bakteryjnych (jady zatrucia mięsnego, paraduru B), lub mogą być wprowadzone w postaci składników przyjętych pokarmów (1-ostrygi, 2-małże, 3-poziomki i t. d.), bądź z leków (1-aspiryryna, 2-chinina, 3-antipiryna i t. d.), wreszcie w postaci surowic leczniczych.

Schorzenia stawów występujące po zastrzykach surowic przebiegają: 1) w postaci zwykłej (1-simplices), atakując stawy kończyn; 2) w postaci t. zw. pseudooponowej (2.-pseudomenigeales) ,zajmując stawy małe kręgosłupa, upadabniając w ten sposób to cierpienie do stanu zapalnego opon mózgowych; 3) w postaci t. zw. pseudotężcowej (3-pseudotetanicae), gdy cierpienie dotyka stawy żuchwowe, twarz chorego staje się podobną wówczas do risus sardonicus chorych na tężec.

Z czynników toksycznych powstających wewnątrz ustroju (B-endogeneticae) i powodujących schorzenia stawowe, uwidocznione są tylko te, które zależą: 1) od przemiany

azotowej, węglowodanowej w ustroju, jak skaza krwotoczna (haemophilia), wysiękowa, 3) od schorzeń pewnych narządów, wymienionych w tablicy, 4) od niektórych jednostek chorobowych (ekzema, łuszczyca i t. d.).

Guzki Boucharda występujące przy rozstrzeniach żołądka i zaparciach są zamieszczone w tej podgrupie (V, B. D. 3.).

Kolumna III-cia omawia czynniki mechaniczne, czy to w formie urazu działające na stawy, czy to przez zespół czynników statycznych powodujące niekiedy wysięki stawowe, bądź wywołujące przesięki występujące w związku z przesiękami wewnątrz organizmu powstającymi zależnie od stanu serca, nerek.

Kolumna VI-ta wreszcie obejmuje schorzenia najwięcej nasuwające wątpliwości etjologicznych i dlatego najbardziej odpowiednią nazwą tej kolumny byłaby nazwa dubia, bądź incerta. Aby jednak dać ogólny obraz współczesnego stanu poglądów większości autorów na tę grupę cierpień stawowych użyto nazwy — trophoneuriticae, gdyż rzeczywiście przy tych schorzeniach występują na plan pierwszy zmiany trophoneurotyczne w postaci:

1) zmian w budowie paznokci i włosów,
2) zaników mięśniowych i przykurczeń,
3) „ kostnych (odwapnienia, ubyt-
4) „ chrząstek nasadowych, [ki),
5) zmian twardzinowych i słoniowacinowych skóry,
6) zaburzeń czucia dotykowego i ciepłotnego,
7) wzmożenie, bądź osłabienie odruchów.

Dla uzupełnienia obrazu etjologicznego dodać należy, iż przy powstawaniu cierpień tej podgrupy, a zwłaszcza działu deformująco — zwyrodniającego schorzenia stawów (arthrosis — według niektórych autorów) dużą rolę odgrywają warunki bytu i pracy chorego, urazy psychiczne i mechaniczne, statyka kośćca, stan gruczołów dokrewnych, czynniki autointoksykacyjne, a nawet, zdaniem badaczy amerykańskich, czynniki infekcyjne jak streptokok zieleniejący, lub zdaniem autorów francuskich zakażenie gruźlicze o specjalnym charakterze paragruźliczym, wreszcie niektórzy autorzy wymieniają pleśń.

W tejże podgrupie zamieszczone są schorzenia stawów powstałe w związku ze zmianami w mózgu, rdzeniu, nerwach oraz cierpienia stawów spotykane u starców (Guzki Heberdena, malum coxae senile).

Pomimo, zdawałoby się, tak jasnego rozłożenia klasyfikacyjnego schorzeń stawowych często bardzo pomiędzy poszczególnemi cierpieniami granice się zacierają, gdyż schorzenia stawów niezależnie od różnych wywołujących je przyczyn stają się czasem coraz bardziej zbliżone do siebie, stanowiąc odczyn ustroju na działające bodźce, a nie zaś wynik działania różnorodnych czynników etjologicznych.

Wydzielenie w oddzielną grupę schorzeń stawowych pochodzenia infekcyjnego bynajmniej nie wyklucza możliwości pośredniego wpływu bakteryjnego na pozostałe grupy, jak to zaznaczono już przy omawianiu kolumny VI-ej. Również nie bez wpływu pozostają i czynniki omawiane w pozostałych podgrupach na podgrupę infekcyjną.

Przykłady te obrazują trudności, jakie napotyka się przy szeregowaniu spraw stawowych, gdyż zarówno czynniki etjologiczne jak i zmiany anatomo-patologiczne wzajemnie się zazębiają. Wiele trudu niekiedy przyczynić może badaczowi osteoarthritis deformans (arthrosis, polyarthritis deformans), gdy przebiega wśród obrzęków tkanek okalających staw, bliznowaceń torebek stawowych, przykurczy mięśni i ścięgien, odwapnień nasad kostnych. Obraz ten zwykle odpowiada przewlekłemu gośćcowemu zajęciu stawów, gdyż arthritis deformans cechuje: 1) zajęcie chrząstek i powierzchni stawowych kości; 2) bujanie okostnej; 3) brak zesztywnień spotykanych w sprawach zapalnych.

Rozejrzenie więc całokształtu obrazu klinicznego i anatomo-patologicznego, a mianowicie stwierdzenie braku zmian we wsierdziu, braku okresowych nawrotów, obec-

ność nieprawidłowych wyrośli kostnych, rozpoznanie skłania w stronę osteoarthritis. Przytoczony powyżej zespół wspólnych objawów anatomo-patologicznych nasunął niektórym autorom przypuszczenie, że te dwie postacie chorobowe, to jedno i to samo schorzenie, czyli, że niema pierwotnego gośćca stawowego, gdyż jest ono jedynie schorzeniem degeneracyjno- wytwórczem i odwrotnie.

Obserwacje kliniczne skłaniają się w stronę odrębności obu cierpień.

Zakres pracy niniejszej nie przewiduje omawiania szerszego poszczególnych jednostek chorobowych.

Aby jednak uzasadnić powody zamieszczenia cierpień kręgosłupa w kolumnie IV i VI-tej omówione zostaną te tylko schorzenia, zgodnie z współczesnymi nań poglądami. Jakkolwiek niektórzy autorzy jak *Bauer* wogóle nie radzi wyodrębniać schorzeń kręgosłupowych w oddzielną jednostkę chorobową, gdyż sprawa toczyć się może w stawach kręgosłupa narówni ze zmianami mogącemi występować i w innych stawach wskutek predyspozycji nabytej lub wrodzonej do tego cierpienia, wreszcie naskutek czynników urazowych, to jednak większość badaczy rozróżnia dwa zasadnicze cierpienia: spondyloarthritis ankylopoetica (choroba Strümpell- Pierre- Marie- Bechterew, spondylose rhizomélique, spondyloarthritis rhisomelica) i spondyloarthritis deformans. Przewlekłe zapalne zesztywnienia kręgosłupa (spondyloarthritis ankylopoetica) mogą powstawać bądź jako postać pierwotna (kolumna IV. A. B. 4.), bądź jako postać wtórna na tle spraw zapalnych po przebytem ostrem zapaleniu stawów (*Fränkel, Anschütz, Asman*). Obie te postacie charakteryzują zmiany w małych stawach kręgowych oraz kręgowożebrowych, doprowadzające je do zesztywnienia a nawet zwapnienia. Zmiany te niekiedy występują w niektórych więzadłach kręgosłupa doprowadzając je do skostnienia.

Przy spondyloarthritis deformans (kolumna VI. A. 3), zmiany występują pierwotnie w chrząstce międzykręgowej, z brzegów której oraz z okostnej trzonów kręgowych bujają liczne wyrośla i mostki kostne, które, łącząc powierzchnie przylegających kręgów, niszczą więzadła stawowe. Cierpienie to ma powstawać w związku ze słabością aparatu więzadłowego i stawów kręgowych, trudno też przy nim przytem wykazać tło zakażenia.

Na zakończenie omawiania podanego wyżej podziału zaznaczyć należy, iż przy szeregowaniu poszczególnych cierpień stawowych starano opierać się możliwie jaknajskrupulatniej na cechach łączących poszczególne schorzenia zarówno pod względem etjologji jak i kliniki oraz obrazu anatomopatologicznego, by zbliżyć w ten sposób proponowaną klasyfikację do szeregowania naturalnego, uważanego za najbardziej przyczynowe, zgodnie z zasadą logiki: quod de omnibus valet et de quibusdam valet.

Tablica do referatu A. Rytla „Zarys klasyfikacji schorzeń stawowych".

MONO-OLIGO-POLYARTHRITIDES

ACUTAE ET SUBACUTAE

I — 1. Infectiosae

A. Rheumaticae:
vide: b; c;

B. Tuberculosae:
vide: a; b; c;

C. Lueticae:
vide: a; b; c;

D. ex:

1) gonorrhoea:
vide: a; b; c; d; f;
2) erysipelate:
„ a; b; c; d; g;
3) scarlatina:
„ a; b; c; d;
4) sepsi puerperali:
„ a; b;
5) dysenteria:
„ a; b; c; d;
6) pneumococcemia:
„ b; c; d;
7) parotitide:
„ a;
8) variola:
„ a; b; c;
9) varicella:
„ a; c;
10) morbillis:
„ a; c;
11) influenza:
„ a; d;
12) typho abdominali:
„ a; b; c; d;
13) meningitide cerebrospinali:
„ b; c; d;
14) diptheria:
„ b;
15) spiroch. icterohaemolitica:
„ b;
16) purpura rheumatica:
„ a;
17) erythemate nodoso:
„ a;
18) erythemate multiformi:
„ a;
19) sepsi tractus urinarii:
„ b; d;
20) sepsi post vulnera:
„ b; d;
21) sepsi intestinali:
„ b; d;
22) sepsi postanginosa:
„ a; b; d;
23) infectione orali orta:
„ a; b; c;
24) sepsi originis ignotae:
25) sepsi morbis exoticis:

II — 2. Toxicae

α Exogeneticae:

A. e botulismo:
vide: a; c;

B. „ paratypho B;
„ a; c;

C. Polyarthralgiae alimentares:
1) po ostrygach;
2) „ małżach jadalnych (moules);
3) „ poziomkach;
4) „ malinach;
5) „ homarach;
6) „ rakach;
7) „ mięsie baranim;
8) „ „ bażancim;
9) „ „ wędzonym;
10) „ kapuście;
11) „ jajkach;
12) „ mleku;
13) „ czekoladzie;
14) „ zepsutym kremie;

D. Polyarthralgiae (e Nr. 1 ad Nr. 15) et arthritides (e Nr. 9 ad Nr. 15) medicamentosae:
1) po aspirynie;
2) „ chininie;
3) „ antipyrinie;
4) „ chloralu;
5) „ copahu;
6) „ jodoformie;
7) „ kolchicynie;
8) „ ippekakuanie;
9) „ jodku potasu;
10) „ kw. mlekowym;
11) „ solach miedzi;
12) „ tlenku węgla;
13) „ ołowiu;
14) „ arsenie;
15) „ arsenobenzolu.

E. Polyarthralgiae et „ arthritides anaphylacticae:
(post injectiones seri sanguinis)
1) simplices;
2) pseudomeningeales;
3) pseudotetanicae.

β Endogeneticae:
(a; c;).

A. ex diathese urica;
B. „ diabete mellito;
C. „ uraemia;
D. „ cirrhose biliari;
E. „ graviditate;
F. „ mensibus.

III — 3. Mechanicae

A. Posttraumaticae:
b; c;

B. Staticae:
b;

C. Hydropicae:
1) hydrops articulorum.

CHRONICAE

IV — 1. Infectiosae

A. Rheumaticae:

A) secundariae:
1) — c;
2) arthritis pannosa s. synovitis prolifer.
3) arthritis adhaesiva.

B) primariae:
1) —c.
2) deformans s. reumatism. nodos.
3) spondylarthritis ankylopoëtica

B. Tuberculosae:
1) — b;
2) deformans;
3) ankylopoetica;
4) — c;
5) polysynovitis.

C. Lueticae:
1) — b;
2) osteochondroarthropathia.
3) perysynovitis gummosa tertiaria.

D. ex causis:
vide columnam Nr. I.

V — 2. Toxicae

α Exogeneticae:

A. ex Parasitis:
1) lambliosis;
2) anguillulosis.

B. Medicamentosae et toxicae:
1) po zatruc. ołowiem;
2) „ „ alkoholem;
3) „ „ tlenkiem węgla;
4) „ „ związk. pikrinowemi (melinit).

β Endogeneticae:

A. ex Diatesibus:
1) Urica:
a) simplici;
b) progr. destruenti;
c) „Rheum." chr. smpl. Besnier.
d) „Rheum." chr. ostealgic. (Durand-Fardel).
2) Calcarica:
a) periarthritis.
3) Oxalica;
4) Alkaptonurica;
a) osteoarthrosis ochronot.
5) Cystynurica.
6) Haemorrhagica:
a) haemophilica;
b) scorbutica;
7) Exsudativa;

C. ex Disfunctionibus:
1) Gl. thyreoidae;
2) „ ovariorum;
3) „ hypophysis.

D. ex Aegrotationibus:
1) vasorum et cordis: (vitia congenita)
a) osteo-arthropatia hyper.
2) pulmonum et pleurae:
a) osteo-artropat. hyper. pneum.
3) tractus digestivi:
a) nodi digitorum (Bouchard'a)
4) hepatis;
„rheum." biliaris.
5) renum.

E. ex Morbis:
1) psoriasis;
2) urticaria;
3) eczema;
4) carcinoma.

VI — 3. Trophoneuroticae (dubiae)

A. Deformantes:
(arthrosis)
1) primaria progred.
a) hypertroficans;
b) atrophicans;
2) mono-oligo arthrosis:
a) osteochondritis deform. coxae juv.
b) morbus Koehler'a i Schlatter'a.
3) spondyloarthritis.

B. Neuropaticae:
1) Arthropatia cerebralis:
a) post hemiplegiam
b) „ encephalitidem letargica.
2) Arthropatia medullaris;
a) posttraumatica;
b) tabica;
c) syryngomyelitica.
3) Arthropatia radicularis.
a) herpetica.
4) Arthropatia neuritica:
a) posttraumatica;
b) leprosa;
c) e polyneuritide.
5) Arthropatia vasomotorica:
a) hydrops intermittens.
6) Arthropatia hysterica.

C. Osteoarthropatiae staticae:
1) ex pede plano;
2) „ genu valgo;
3) „ coxa vara.

D. Dystrophia senilis:
1) nodi digitorum Heberden'a
2) „ carpi et pollicis.
3) ostheoarthropathia deform. (Malum senile).

NB. literki małe oznaczają najczęstszy rodzaj schorzeń przy podstawowych cierpieniach i oznaczają:

a) — arthralgiae;
b) — hydarthros s. synovitis serosa;
c) — arthritis sicca s. synovitis fibrinosa;
d) — arthritis purulenta s. synovitis purulenta
e) — pararthritis
f) — periarthritis
g) — haemarthros.

W początkach października otrzymała Redakcja uwagi krytyczne D-ra Dawidsona, lecz wcześniej niż na łamach Wiedzy ukazały się one w pierwszych dniach listopada w Polskiej Gazecie Lekarskiej. Nie bacząc na to, w imię bezstronności zupełnej umieszczamy je i tu in extenso bez najmniejszych skrótów lub poprawek wraz z odpowiedzią D-ra Sienickiego. Dając wyraz ubolewaniu, że polemika przybrała zbyt ostry ton, niepożądany w pożytecznej i płodnej dyskusji naukowej, uważamy powyższą polemikę za ostatecznie zakończoną.

REDAKCJA

Rozważania nad rzeczywistą wartością i niezbędnością stosowania transpulminy w leczeniu zapalenia płuc u dzieci.

(Odpowiedź na artykuł dr. Franciszka Sienickiego p. t. „O leczeniu zapalenia płuc u dzieci“, w „Wiedzy Lekarskiej“ z m. sierpnia r. b., zeszyt VIII).

Maksyma rzymska: „Post hoc ergo propter hoc.“ jest aż zanadto często kuźnią mylnych poglądów na rzeczywisty stan rzeczy; dotyczy to specjalnie postępowania leczniczego, gdzie maksyma ta nietylko u laików ale i u lekarzy wywołuje nieraz fałszywy entuzjazm i mylne poglądy na wyrzucone coraz częściej na rynek „specyfików“. Niestety, stosowanie tych specyfików bardzo często nie jest zależne od panujących w patologji poglądów w różnych okresach czasu, lecz zależne jest wiele od „mody“, wywołanej potężną reklamą, na jaką żaden przemysł nie szczędzi pieniędzy. Miast faktycznego drogowskazu w używaniu środków leczniczych, drogowskazu, jakim powinna być wyłącznie patologja — rzeczywista kuźnia — sanktuarjum, posługują się lekarze-praktycy bardzo często, szczególnie ostatniemi czasy, wyłącznie reklamą i chęcią zaimponowania pacjenturze swej nowym środkiem, jakiego poprzednio — ordynujący nie zapisał. Prawdą jest, że to działa suggestywnie na chorego, ale z tego nie można wyciągnąć konsekwencji, mających jakąkolwiek wartość naukową. Zbytecznem jest przytaczać przykłady masowego stosowania jakiegoś specyfiku bardzo zachwalanego — zbyt znanem jest to każdemu ordynującemu praktykowi. Niektóre takie specyfiki mają okres trwania niedługi, ponieważ potężniejsza reklama nowego specyfiku wprost wypycha z rynku ten stary. Zupełnie co innego środek leczniczy, który jest skutkiem poglądów patologji — taki środek ma trwałą wartość; medycyna rozporządza takiemi środkami, które znane już w zaraniu sztuki lekarskiej przetrwały przez długie wieki aż do dni dzisiejszych. Ostatnie 2 lata zjawiają się od do czasu w czasopismach lekarskich nadzwyczajne „hymny“ w cześć preparatu wypuszczonego na rynek przez fabrykę farmaceutyczną Bad-Homburg pod nazwą „Transpulmin“ dla stosowania w leczeniu zapalenia płuc szczególnie u dzieci. Preparat ten tyle rozgłosu nabrał, że i dwie krajowe fabryki nasze wypuściły odpowiednie preparaty: Gessner — Pneumonin i firma „Laokoon“ — Kamfochinę. Z zachwalających ten preparat artykułów prasy lekarskiej jakoteż potężnej reklamy ma on być niemal deską ratunku w leczeniu zapaleń płuc u dzieci. Ale czy doprawdy tak jest — nietylko śmiem wątpić, ale stanowczo mogę twierdzić, że nie, czego dowieść się postaram. Wiadomem jest powszechnie, że zapalenie płuc jest najczęściej wszak w 50% wywołane pneumokokiem (statystyka ta jest wzięta ze zjazdu pedjatrów francuskich w Lozannie w r. 1927, podał tę liczbę *Dufort* z Lyonu), na drugiem i na trzeciem miejscu (po 25%) stoi streptokok, a równie często enterokok. Spe-

cyficznego środka na zwalczanie zapalenia płuc nie posiadamy. Seroterapja naogół jest zawodna. Według szkoły francuskiej (Grenet) leczenie szczepionkami miało znacznie obniżyć procent śmiertelności w zapaleniu płuc odoskrzelowym u dzieci. Naogół zapalenie płuc przebiega u dziecka łagodnie; śmiertelność nie przewyższa 2—3%; u osesków poniżej 2 lat jest to cierpienie poważniejsze, niż w drugim okresie dzieciństwa, wszak nim dziecko jest młodsze, tem dwoinki płucne są bardziej złośliwe, tem większą mają skłonność do szerzenia się i tworzenia ognisk w różnych punktach ciała. Jako skutek możemy spotkać ropniak płucny, zapalenie opon mózgowych, zapalenie otrzewny, zapalenie stawów dwoinkowe, ale komplikacje te są nie częste, nawet stosunkowo rzadkie. Przebieg zapalenia płuc u dzieci jest naogół krótki; jest dużo przypadków poronnych ze spadkiem ciepłoty już na 4-5-6 dzień; okres gorączkowy trwa przeciętnie tydzień. Bywają przypadki, które trwają 10-12-15 dni, ale to na skutek stopniowego rozszerzenia się ogniska pierwotnego czy też przez wytworzenie się nowego ogniska (zapalenie płuc podwójne) czy też przez nawrót. Co do odoskrzelowego zapalenia płuc to jest ono chorobą prawie wyłącznie pierwszego okresu dzieciństwa. Jest to choroba groźna i najczęstsza. Odoskrzelowe zapalenie płuc występuje zwykle jako choroba wtórna, jako powikłanie przebytego już mniej lub więcej ciężkiego cierpienia (grypy, krztuśca, odry, błonicy, duru brzusznego). Jest to choroba zakaźna, która rozpoczyna się w oskrzelach dużych, przechodzi na średnie i małe, a w końcu zajmuje też pęcherzyki płucne (bronchitis capillaris). Zmiany anatomiczne w tem schorzeniu są nie mniej różnorodne, niż obraz kliniczny. A więc mamy tu zmiany w oskrzelach, zaczerwienienie i obrzmienie śluzówki, owrzodzenie i rozszerzenie, zawały płucne, zwątrobienie zrazikowate, zwątrobienie rzekomo-zrazowe i małe ogniska żółte i małe ropnie, oskrzeliki pełne ropy. W ogniskach zapalenia odoskrzelowego wykrywa się: dwoinki zapalenia płuc i paciorkowce, gronkowce, prątek zapalenia płuc Friedlandera, prątek okrężnicy. Największą rolę odgrywają tu: dwoinka zapalenia płuc i paciorkowce. Odoskrzelowe zapalenie płuc jest jeszcze i obecnie najczęstszą przyczyną śmierci osesków i nie patrząc na skrzętne badania ostatnich lat zwalczanie tej choroby prawie że się nie posunęło naprzód. Skończywszy z pobieżnym opisem tych dwóch tak różnych od siebie chorób — pneumonji i bronchopneumonji — przejdziemy teraz do sposobów ich leczenia i rozważania nad rzeczywistą wartością zachwalonego preparatu — Transpulmin. Różnie zapatrują się lekarze na leczenie zapaleń płucnych i zależnie od tego postępowanie ich nie jest jednakie. Jeden jednakże jest punkt, na który wszyscy lekarze się zgadzają, mianowicie, że trzeba zwracać baczną uwagę na akcję serca, dzięki czemu stosowanie leków nasercowych jest ogólnie przyjęte. Ale i w tem postępowaniu, ogólnie przyjętem, zachodzą różnice w poglądach, kiedy stosować cardiaca. Są tacy lekarze, którzy odrazu z pierwszego dnia przepisują digitalis, camphorę, cardiazol, a są tacy, którzy stosują te środki dopiero, gdy akcja serca słabnie, t. j. gdy zachodzi rzeczywista potrzeba. Co do innych środków stosowanych „manu largo" przez niektórych lekarzy, jak wykrztuśne (zdaniem wielkiego *Czerny* są absolutnie zbędne), środki przeciw-gorączkowe, bańki suche i cięte, okłady (zdaniem wielkiego Czerny te wszystkie wyliczone środki są zbędne), to w stosunku do nich panuje faktyczny chaos co do różnicy ich stosowania. Ja się ograniczę tylko do zanotowania poglądów wielkiego *Czerny*, u którego na klinice przebywałem i specjalnie sprawom zapaleń płucnych poświęciłem dużo uwagi i zainteresowania, a to dlatego, że sposób leczenia zapaleń płucnych tak jaskrawo się różni od postępowania lekarzy-praktyków u nas. Otóż cała terapja zapaleń płucnych na klinice u *Czerny* polega na stosowaniu świeżego powietrza — Freiluftbehandlung — i środków uspokajających, jak luminal (przeważnie), bromural. Cardiaca są stosowane, gdy akcja serca zaczyna słabnąć, np. w ty-

pie cardialnym zapalenia płuc, przy którem występują objawy zastoinowe w małem krążeniu. Serduszko dziecka, niewyczerpane, młode, zawierające bardzo dużo jeszcze nieeksploatowanej energji potencjalnej prawie zawsze jest zdolne dać sobie radę w stawianiu wymagań ze strony płuc — taki jest pogląd wielkiego *Czerny*. Okłady, bańki nigdy nie są stosowane na klinice u *Czerny*. Gdy się raz zapytałem samego *Czerny*. dlaczego nie stosuje się okładów, tak u nas popularnych, odpowiedział mi, że Jego zdaniem okład tylko krępuje rozszerzenie się klatki piersiowej przy wdechach, które są w zapaleniach płucnych zawsze głębsze, forsowniejsze, zdaje się, że jest to zupełnie zrozumiałe. Również i *Schlossman* uważa Freiluftbehandlung za kardynalne leczenie zapaleń płucnych. *Meyer* stosuje domięśniowe zastrzyki cukru 15%. Sposób leczenia zapaleń płuc na klinice u *Czerny*, gdzie dzieci, dotknięte tą chorobą, przebywają na otwartej werandzie i prócz luminalu (luminaletty), celem ich uspokojenia nic nie otrzymują, bardzo mnie zaciekawił i przez cały czas pobytu mego na tej klinice pilnie śledziłem za tymi dziećmi i mogę tylko zachwalać ten sposób postępowania i doradzać każdemu. Oczywiście, gdy dziecko jest charłacze lub wycieńczone lub cierpi prócz zapalenia płuc na inne sprawy o złem czy nawet podejrzanem rokowaniu, to ten sposób nie wystarczy; to sam *Czerny* wielokrotnie zaznacza. Każdy zresztą lekarz-praktyk wie z własnego doświadczenia, że jeżeli obejmuje w leczenie dziecko z zapaleniem płuc, które do zapadnięcia na tą chorobę było normalne, zdrowe, bez skazy rachitycznej czy wysiękowej, to rokowanie w przeważającej liczbie wypadków jest zgóry dobre. Wyniki leczenia są przeważnie zadawalniające i dlatego dziwnem się wydaje zbytnie zachwalanie różnych środków, jak np. Transpulmin, którym tak się gorąco zachwyca *Dr. Franciszek Sienicki* w artykule swym „O leczeniu zapaleń płuc u dzieci", wydrukowanym w zeszycie 8-ym „Wiedzy lekarskiej" z roku 1931. *Dr. Sienicki* jakby intuicyjnie wyczuwając zarzuty, jakie mu można postawić w odpowiedzi na Jego zachwycanie się transpulminą, powiada sam, że można mu zarzucić, że i bez stosowania transpulminy mogłoby nastąpić wyleczenie, a zatem niema racji, mówiąc: „post hoc ergo propter hoc". Tak właśnie jest w rzeczywistości! Osiągamy wyleczenie i bez transpulminy. Z pewnością nie jest transpulmina „panaceum" terapji zapalenia płuc. Dr. Sienicki podaje kilka przypadków zapaleń płucnych, gdzie wstrzyknięcie transpulminy miało spowodować wyleczenie. Skąd ta pewność? Może i bez transpulminy organizm dziecka zwyciężyłby, jakto często bywa. Można byłoby przyjąć za absolutną prawdę tezę *Dr. Sienickiego* o zbawiennem leczeniu transpulminą tylko wtedy, gdyby *Dr. Sienicki* podałby dwie kategorje chorych na zapalenie płuc: jedna kategorja chorych, u których transpulminą była stosowana, a druga kategorja chorych, u których transpulmina nie była stosowana i dopiero porównanie wyników leczenia tych dwóch kategorji chorych, znajdujących się poza stosowaniem transpulminy w jednakich warunkach — dopiero takie porównanie wyników leczenia za pewien czas, chociażby za te same 2 lata, w przeciągu których Dr. Sienicki stosował u wszystkich transpulminę, to porównanie mogłoby przekonać, czy preparat ten zasługuje na tak entuzjastyczne zachwalenie, jakiem go autor obdarza. Sam Dr. Sienicki twierdzi, że nie we wszystkich przypadkach zapalenia płuc nawet włóknikowego, gdzie rokowanie jest zawsze lepsze niż przy bronchopneumonji, wyniki były dobre; autor dodaje przytem sam, że zdolność chorych do aktu samoobrony nie jest jednakowa — oto właśnie najważniejszy czynnik, od którego zależy wynik leczenia — samoobrona. Gdy nie posiadamy specyficznego środka to musimy bardzo wiele liczyć na tą właśnie samoobronę i żaden reklamowany „specyfik" nie podniesie samoobrony. Przyjżyjmy się chemicznemu składowi tego pseudo-panaceum, jakim ma być transpulmina w leczeniu zapalenia płuc. Jeden cm.[3] transpulminy zawiera 0,03 chininy zasadowej i 0,025 camphory w rozczynie olejków ete-

rycznych i otóż ten skład chemiczny ma mieć tak zbawienny wpływ na leczenie zapalenia płuc. Każdy z tych środków z oddzielna ma oddawna już zastosowanie w leczeniu zapaleń płuc i dlatego nie jest przecież ostatecznie skombinowanie tych dwóch składników czemś zgoła nowym; zachwycającym środkiem, godnym tak wielkiego rozgłosu. Czy ta znikoma ilość olejków eterycznych, znajdujących się w 1 cm.[3] transpulminy i wydzielających się przez płuca, ma tak zbawienny wpływ na przebieg choroby uważam, że dobra wentylacja płuc przy „Freiluftbehandlung" ma lepszy wpływ, wszak doprowadzenie tlenu — jak powszechnie wiadomo — jest najistotniejszą treścią leczenia spraw zapalnych płucnych. Co się tyczy chininy przy pneumonji, to w niemieckich klinikach jej prawie nie stosują, wszak uważają, że przeciwgorączkowe środki są wogóle zbędne, o ile tylko gorączka nie wywołuje zamroczenia, silnego bólu głowy i samopoczucie jest niezłe. Nie patrząc na tak skromne stosowanie środków leczniczych (Freiluftbehandlung i sedativum), statystyka śmiertelności w niemieckich klinikach przy zapaleniu płuc u dzieci wynosi według *Meyera* w typie „pulmonalnym" (*Nassau* dzieli zapalenie płuc na 6 typów) 2%. Gdzie w takim szukać wyjątkowego wpływu zbawiennego transpulminy?

Przy braku środka specyficznego rzeczywistego, działającego bezpośrednio na przyczynę choroby, poglądy na leczenie są tak chaotyczne, że warto tu wymienić poglądy kliniki poznańskiej (prof. dr. *Jezierski*) na stosowanie camphory przy zapaleniu płuc. Otóż klinika ta jest tego zdania, że rozczyn oleisty camphory sprzyja rozmnażaniu się pneumokoków i przeto na poznańskiej klinice nie stosują camphory, która wszak uchodziła i uchodzi jeszcze za najodpowiedniejszy lek przy zapaleniu płuc. Ten fakt potwierdza tylko, jaki chaos panuje w poglądach na leczenie choroby, dla której nie posiadamy specyficznego środka. Ja osobiście nigdy nie stosowałem i nie stosuję transpulminy i nie mogę się uskarżać na fiasco „przy leczeniu zapaleń płuc"; potwierdzą to z pewnością również i inni lekarze, którzy transpulminy nie stosują. Stosuję cardiaca, powietrze (polecam by okno w pokoju chorego było otwarte), środek uspokajający — (luminal, według Czerny) i okłady z pokojowej wody. Przyznać się muszę, że okłady stosuję więcej przez wzgląd na matkę, która uważa okłady za konieczne w leczeniu zapalenia płuc, wszak od dawiendawna okłady są głoszone „urbi et orbe" i tej opinji nie można zrewolucjonizować tak szybko, szczególnie w małem mieście. Jak już wyżej zaznaczyłem stosuję — jeżeli dziecko jest niespokojne — luminal, wzorując się na klinikę wielkiego *Czerny*, zaznaczam jednakże, że przeciwgorączkowych środków nie stosuję. Przytoczę dwa przypadki z wielu podobnych do siebie, jakie się w praktyce zdarzają:

Przypadek I-szy.

Dziecko S. C. lat 3 i 6 miesięcy dostało nagle gorączki 39,5°. Gdy zostałem wezwany, zastałem dziecko często oddychające, kaszlące, samopoczucie niedobre. Przy badaniu stwierdziłem zapalenie płuc. Zaordynowałem codziennie zastrzyknąć cardiazol, dostęp świeżego powietrza (otwarte okno), kompresy z pokojowej wody — (więcej dla matki jak już wyżej zaznaczyłem), zapisałem miksturkę niewinną z pyrenolu i coffeiny (również więcej dla matki i otoczenia, wszak lekarz, który nic nie zapisuje nic nie wart jest w oczach otoczenia), na noc poleciłem dziecku dać luminal (to już dla chorego, a nie dla otoczenia) no i djeta płynna, lekka. Gorączka codziennie w przeciągu czterech dni podnosiła się do 40° — poleciłem wtedy pęcherz z lodem na główkę. Zrana gorączka spadała do 38°. Tak trwała 5 dni. Na 6-ty dzień gorączka zupełnie spadła, nastąpiło zupełne wyleczenie.

Przypadek II-gi.

Dziecko D. F. lat 3 dostało nagle gorączki, kaszlu. Stwierdziłem przy badaniu gorączkę 39°, tętno przyspieszone, szybki oddech, „Nasenflügel", na całej przestrzeni prawego płuca aż do grzebienia łopatki wil-

gotne rzężenia-odoskrzelowe zapalenie płuc. Postąpiłem tak samo, jak w pierwszem wypadku, t. j. cardiaca, sedativum, powietrze, djeta płynna, poleciłem prócz tego jeszcze ciepłą kąpiel (35—38°). Gdy gorączka sięgała 40° — pęcherz z lodem na główkę. Po 12-tu dniach wyleczenie zupełne. Mógłbym przytoczyć wiele jeszcze przypadków, ale jest to zbędnem, wszak postępowanie moje przy leczeniu zapaleń płuc jest w zasadzie zawsze to same, wyjąwszy objawy uboczne, które wymagają niekiedy interwencji czysto objawowego charakteru. Gdybym się chwycił transpulminy, to bym również w myśl zasady: „Post hoc ergo propter hoc" przypisał może wyleczenie transpulminie. Ale niezbyt wiele się zachwycam specyfikami reklamowanymi wogóle, tembardziej takiemi, których skład chemiczny nie przedstawia nic nowego w leczeniu danej choroby. Przechodzi ich sława tak szybko, jak szybko forsowniejsza reklama nie potrafi wprowadzić na rynek farmaceutyczny nowy „specyfik".

Poco zresztą męczyć malutkiego i milusieńkiego pacjenta naszego domięśniowymi zastrzykami (transpulminę stosuje się domięśniowo), które i matkę wyprowadzają z równowagi duchowej. Tembardziej się dziwię doktorowi *Fr. Sienickiemu*, że zaleca ten nie zupełnie konieczny zabieg (wszak i bez transpulminy umiemy sobie dość dobrze radzić przy zapaleniu płuc), wszak sam w swoim artykule cytuje słowa wielkiego *Czerny*: „Rokowanie w zapaleniu płuc jest zależne od stanu nerwowego otoczenia", a przecież stan nerwowy otoczenia z pewnością się powiększa, gdy się dziecku robi domięśniowy zastrzyk, który w oczach matki wygląda, jak bardzo poważny zabieg, który w dodatku nieraz jest i bolesny. Gdy to jest niezbędne, to inna sprawa, ale gdy się inną drogą, łagodniejszą osiąga ten sam rezultat, to poco wybrać sposób denerwujący i chorego i otoczenie. Tembardziej stosuje się to do dra. *Sienickiego,* który niedawno temu, bo dopiero w r. 1929 w zeszycie 6-ym „Wiedzy Lekarskiej" zachwalał „optochinum basicum", pisząc (cytuję własne słowa autora): „Najszerszy a zarazem najskuteczniejszy sposób zwalczania zapalenia płuc, zyskała chemoterapja w środku swoistym, jakim jest optochina", Objawów ubocznych nie widziałem. Wyniki zaś są tym jaskrawsze, im wcześniej zastosuje się powyższe leczenie", (t. j. optochina). Tak pisał autor w czerwcu 1929 roku. Pozwolę sobie postawić pytanie doktorowi *Fr. Sienickiemu,* dlaczego przy jaskrawych wynikach optochininą porzucił jednakże ten tak bardzo zachwalany przez siebie preparat i przeszedł do transpulminy? Poco szukać nowych Bogów? Czy nie reklama i moda to spowodowały? Tak, „sic transit gloria" zachwalanych przez reklamę „specyfików".

Dr. Salomon Dawidson. (Puławy).

W odpowiedzi na artykuł D-ra S. Dawidsona, zawarty w „Polskiej Gazecie Lekarskiej" Nr. 45 r. b. p. t.: „Rozważanie nad rzeczywistą wartością i niezbędnością stosowania transpulminy w leczeniu zapalenia płuc u dzieci".

„Contra experimentum, nullum argumentum".

Na artykuł tej wartości naukowej nie odpowiadałbym wcale, gdyby nie zarzut D-ra Dawidsona, skierowany nietylko pod adresem moim, ale wszystkich lekarzy-praktyków, że cokolwiek robią i w jakikolwiekbądź sposób przyczyniają się do spadku śmiertelności w walce z tą straszną plagą ludzkości, jaką jest choroba, chociażby to wypływało z pobudek najwznioślejszych, najszlachetniejszych, najbardziej bezinteresownych, robią to dla reklamy własnej, „reklamy firmy, która nie szczędzi pieniędzy na rozpowszechnienie swych środków (przekupuje zatem lekarzy!) i wreszcie hołduje

„modzie“) a nie faktycznemu postępowi wiedzy lekarskiej).

Otóż przed takimi artykułami, jak art. *Dr. Dawidsona,* uchowaj nas Boże! Niema kilku wierszy, pozbawionych błędów gramatycznych, stylistycznych, chaotycznych obrazów anatomopatologicznych i klinicznych nierzeczowych, z ignoracją potraktowanych wywodów farmakologicznych i logicznych.

Gdyby sam „*Wielki Czerny*“, jak to *Dr. Dawidson* co kilka wierszy powtarza, zasłaniając się jego autorytetem, czem mu napewno zaszczytu nie przysporzył, przeczytał te „rozważania“, przeraziłby się, że miał takiego ucznia (coprawda może kilkumiesięcznego); zamiast budować — wprowadza destrukcję i słuszne oburzenie wśród Kolegów, hołdując już nie „modzie“, ale nieznajomości rzeczy i arogancji, czego dowodem kilka listów, skierowanych do mnie od Kolegów z różnych stron kraju z prośbą o należytą odprawę.

O tym, czy innym sposobie leczenia można prowadzić polemikę, ale rzeczową, konsekwentną, w sposób naukowy potraktowaną. Z niej wypływa postęp. Gdyby i powyższy artykuł był takim, ucieszyłbym się ogromnie, że wzbogaca on nasze piśmiennictwo, dorzucając jedną cegiełkę do jego budowy. Ale gdzież tu mówić o polemice w takiem jak wyżej znaczeniu? Przedewszystkiem autor „rozważań“ niema żadnych doświadczeń z transpulminą.

Osobiście nie zmieniłem sposobu leczenia włóknikowego zapalenia płuc; stosując optochinum basicum u starszych, a zamieniłem na pneumoninę u małych dzieci. Zamiana wcale nieistotna, wzbudzająca jednak w umyśle D-ra Dawidsona pytanie akademickie: dlaczego?

Jako dawny farmaceuta (choć ta znajomość lekarza również i przedewszystkiem obowiązuje) przypomnę *D-rowi Dawidsonowi,* że optochina (środek specyficzny przeciwko dwoinkom zapalenia płuc) jest pod względem składu chemicznego — etylohydrokupreiną, a chinina — metylokupreiną, jak wykazują nowe badania.

Ażeby D-ra Dawidsona w przyszłości nie przyprawić o zdziwienie, to zaznaczę, że niekiedy stosuję i eucupinę — izoamylhydrokupreinę, a więc również należącą do grupy chininy. Leczenie chininą, wprowadzaną pozajelitowo a optochiną—doustnie w sprawach pneumokokowych nie jest leczeniem przeciwgorączkowem w ścisłem znaczeniu, wbrew twierdzeniu autora „rozważań“.

Z postawionego pytania wynika, że autor nie zdaje sobie sprawy z tego, że oba one należą do grupy chininy i że ich nigdy nie stosował, do czego się przyznaje.

Ale jeżeli ktoś z takim tupetem krytykuje jakikolwiek sposób leczenia, to musi własnemi spostrzeżeniami wykazać, że jest on zły i jakie na to może przytoczyć argumenty. Wtedy pomówimy. Spekulacje mózgowe i „rozważania“ bez doświadczeń na dużym materjale nie przekonają nas.

Nieprawdą jest, że kliniki niemieckie nie stosują podobnych preparatów. Stosuje je klinika pedj. w Würzburgu, dalej kliniki we Frankfurcie n. M., Erlangen, Hamburgu, Jenie, Królewcu, Kolonji i Wrocławiu. W artykule tym czytamy o zmianach anatomicznych w zapaleniach odoskrzelowych (chyba?) płuc: „A więc mamy tu zmiany w oskrzelach, zaczerwienienie i obrzmienie śluzówki, owrzodzenie i rozszerzenie, zawały płucne i zwątrobienie zrazikowate, zwątrobienie rzekomo-zrazowe, małe ogniska żółte, małe ropnie, „oskrzeliki pełne ropy“. To mają być zmiany anatomopatologiczne w zapaleniach odoskrzelowych płuc? Chyba takie ujęcie nie może rościć pretensji do znajomości anatomji patologicznej! Dalej takie kwiatki jak: „paciorkowce owalne, pacjentura, manu largo“.

Wstyd się przyznać i trudno uwierzyć, że podobne rzeczy znajdują się w piśmiennictwie lekarskiem polskiem, które już niejednokrotnie w dziejach swoich chlubnie zapisało się na kartach piśmiennictwa ogólnoeuropejskiego i światowego.

Pomieszanie obrazów chorobowych uwy-

pukla się również w powiedzeniu że: „w zapaleniach płucnych wdechy są forsowniejsze“. W jakich? W zapaleniach odoskrzelowych czy włóknikowych z udziałem opłucnej?

Albo że transpulmina jest opisywana od dwóch lat. Nieprawda. Nie zadał sobie autor trudu przejrzyć odnośnego piśmiennictwa.

Prace *Aufrechta* i *Cahn-Bronnera* wyszły w r. 1919., a o lecznictwie chininowem pozajelitowem *Aufrecht* pisał już w r. 1905.

Dalej „trwałą wartość ma środek, który jest skutkiem poglądów patologji“. Czy takiej patologji jak pojmuje ją i opisuje autor „rozważań“? A jakiż cel ma lecznictwo chininowe?

Celowość metody „leczenia świeżym powietrzem“ nie wyklucza innych — różne drogi prowadzą do Rzymu. A czyż nie mogą się one uzupełniać wzajemnie? Nie można krytykować jednak postępowania, którego się nie zna.

Co się tyczy sposobu leczenia, który podałem, to wypłynął on u mnie jak i u wielu innych lekarzy, wbrew mniemaniu *Dr. Dawidsona*, nie z chęci reklamy, ale z potrzeb codziennej praktyki, gdzie inne sposoby nie zadawalniały. Zdaje się, że nie nam zależy na reklamie. Nam leży gorąco na sercu chęć przyjścia z pomocą i to skuteczną cierpiącemu, która nakłada na lekarza obowiązek szukania dróg, zapewniających choremu jaknajszybszy powrót do utraconego przedtem zdrowia.

Jest to praca żmudna, nie zawsze uwieńczona powodzeniem, ale torująca drogę postępowi. Drogą tą szli koryfeusze polskiej wiedzy lekarskiej: *Biegański, Chałubiński, Brudziński, Marcinkowski, Sokołowski* i inni. Drogą tą, którą oni nam wytknęli, my, wierni ich zasadom, iść będziemy, niosąc wysoko sztandar nieskazitelny lekarza, którego nie pozwolimy zbrukać, elaboratami wątpliwej wartości.

„Sic transit gloria ignorantiae plena“.

Dr. med. Franciszek Sienicki.

CHOROBY WEWNĘTRZNE

Auxoterapia. (L'auxothérapie). M. Loeper, A. Lemaire i P. Soulié. *Presse Méd. Nr. 90, r. 1931.*

Autorowie omawiają w niniejszej pracy sprawę współdziałania rozmaitych leków w celu otrzymania, jak najwydatniejszych, wyników, przyczem w grę tu wchodzi nietylko kombinowanie różnych leków, ale też stwarzanie najodpowiedniejszych warunków dla rozwinięcia ich działania. Umiejętne leczenie przy pomocy wyzyskania powyższych zasad nazywa się auxoterapją (auxo: powiększam).

Pod nazwą auxoterapja izotopiczna autorowie rozumieją kombinowanie rozmaitych leków w celu uzyskania najwydatniejszego wpływu na jeden narząd lub układ. I tak np. chloral zwiększe znacznie przeciwbólowe działanie morfiny; bromki zwiększają działanie sulfonalu i przetworów barbiturowych. Przeciwko bólom stawowym kombinowanie aspiryny, piramidonu i kolchicyny wywiera szczególnie silne działanie. Przez stosowanie ouabainy obok naparstnicy działamy też na kurczliwość mięśnia sercowego. Kodeina wzmaga działanie morfiny w wstrzymywaniu ruchów robaczkowych jelit. Wpływ acetylo-choliny na ciśnienia żylne jest podwojony przez małą dawkę yohimbiny.

Pod auxoterapją heterotopiczną rozumiemy wpływ leków na kilka narządów. Gruczoły ślinowe wydzielają jodki, bromki i chininę, dodanie jaborandus wzmaga to wydzielanie; jelita wydzielają kwas salicylowy, metale i metaloidy; równoczesne podanie środków przeczyszczających stanowi zatem pomoc w leczeniu wyżej podanemi lekami. Wiele leków zostaje wydzielane przez nerki, wzmagając lub osłabiając wydzielniczą zdolność nerek możemy wpłynąć na mniejsze lub większe nagromadzenie się powyższych leków w ustroju; na tem polega np. działanie leków moczopędnych. Przez podanie sody alkalizujemy mocz i wzmagamy szybkość oraz ilość wydzielanego kwasu salicylowego.

Pod auxoterapją dynamiczną rozumiemy kombinowanie leków, których poszczególne działanie sumuje się i przez to znacznie się zwiększa. Stąd też szczególnie silne działanie opjum, które zawiera wszystkie alkaloidy makowca. Podobnie lobelina wzmaga działanie nikotyny w kierunku podniesienia ciśnienia krwi.

Auxoterapja heterodynamiczna polega na kombinowaniu leków odmiennie działających w kierunku wzmożenia ich wpływu. I tak np. saponiny wzmagają działanie naparstnicy; skopolamina wzmaga działanie morfiny; antipiryna działanie kokainy. Tu należy także kombinowanie leków w celu uniknięcia dodatkowego wpływu ujemnego danego leku. Np. podsiarczyn sodu zmniejsza toksyczne działanie novarsenobenzolu. Błękit metylenowy po wstrzyknięciu wywołuje podwyższenie ciepłoty ciała; równoczesne podanie morfiny nie dopuszcza do powstania gorączki, nie zmieniając zresztą wpływu błękitu. Ipekakuanha obniża ciśnienie krwi i działa jako środek wymiotny, dodanie opium usuwa to wymiotne jej działanie, nie wpływając na obniżenie krwi. Acetylocholina hamuje czynność serca, adrenalina przeciwdziała temu. Połączenie kofeiny z kryogeniną wzmaga wydzielanie moczu i zmniejsza poty, zachowując przeciwgorączkowe działanie tego leku. Wiele roślin zawiera rozmaite składniki rozmaicie działające, wskutek czego niektórzy lekarze stosują chętniej całkowite wyciągi lub preparaty danych roślin, aniżeli poszczególne ich składniki. I tak np. pełny wyciąg bulbus scillae działa moczopędnie i wykrztuśnie.

Niektóre sole a raczej ich katjony i anjony mogą również wpływać na działanie danych leków. I tak potas przedłuża rozkurcz serca i zwalnia jego akcję, podczas gdy wapń działa przeciwnie. Sole potasu wzmagają sympatiko-topiczne działanie adrenaliny, brak tych soli zmienia wpływ adrenaliny na wagotropiczny. Wapń kieruje też urotropinę w stronę nerek, podczas gdy magnez kieruje ją ku żółci. Siarczan magnezu wzmaga znieczulające działanie eteru i morfiny, siarczan wapnia zmniejsza toksyczność strychniny.

Pod auxoterpją metaboliczną rozumiemy podawanie takich środków, które wpływają na pewne szczegóły przemiany materji. I tak np. vitasteryna A i D wpływa na odkładanie się wapnia w kościach, a nawet w nerkach. Witamina B wpływa na odżywianie tkanki nerwowej, witamina C wpływa na metabolizm żelaza.

Pod auxoterapją dokrewną rozumiemy stosowanie wyciągów i preparatów z gruczołów dokrewnych nie tyle dla ich wpływu bezpośredniego, ile dla wpływu ich na działanie pewnych, podanych równocześnie, leków. I tak więc wstrzykiwania pepsyny wpływają na działanie leków żołądkowych; wyciąg z żółci wzmaga działanie leków żółciopędnych.

Na powyższych przykładach oraz na wielu innych autorowie wykazują, jak dalece, umiejętne kombinowanie leków i umiejętne ułożenie i wykorzystanie warunków działania danych leków — może wzbogacić i wspomóc nasze postępowanie lecznicze, z drugiej strony, z pracy powyższej wynika, że nieodpowiednie kombinowanie lub nieodpowiedni dobór warunków może zobojętnić działanie danego leku lub wydobyć jego wpływ szkodliwy.

Połączone podawanie cukru i insuliny w lecznictwie chorób serca. (L'association sucre-insuline en thérapeutique cardiaque). L. Rimbaud, A. Balmés i G. Anselme-Martin. *Presse Méd. Nr. 90, r. 1931.*

Pick w r. 1924 podkreślał możność leczenia osłabienia mięśnia sercowego zapomocą współczesnego podawania insuliny i cukru. W dwa lata

później Osato ogłosił, jako pierwszy, swe spostrzeżenia, poczynione u 6-ciu chorych z niedomogą mięśnia sercowego, w których otrzymał bardzo dobre wyniki. Powyższy sposób leczenia stosowano kilkakrotnie w ostatnich latach tak, że sposób ten wchodzi coraz bardziej w użycie.

Prawie wszyscy autorowie stosowali w powyższem postępowaniu glukozę, jako cukier najbardziej przyswajany przez ustrój. Autorowie w swych badaniach podawali zarówno glukozę, jak i zwyczajną sacharozę, gdyż dwucukry zostają bardzo łatwo rozłożone przez soki trawienne na hexozy. Rodzaj cukru oraz stężenie roztworu cukru gra większą rolę jedynie w stosowaniu dożylnem lub podskórnem. Autorowie przekonali się jednak, że powyższe sposoby stosowania cukru nie są bezwzględnie koniecznym warunkiem dla uzyskania dobrych wyników. Na podstawie swoich badań stosują przeto doustne podawanie zwykłego cukru w ilości 100 ccm 50% roztworu (syrupu). Po pięciu dniach, o ile poprawa nie wystąpiła, należy podawać podwójną dawkę.

Dawka insuliny wynosiła 5 jednostek dziennie na początku leczenia, w razie potrzeby zaś po pięciu dniach dawkę tę podwajano.

Czas leczenia wynosił około 10 do 12 dni. Insulinę wstrzykiwano podskórnie rano a po piętnastu minutach podawano doustnie syrup. W razie podwojenia dawki syrupu podawano ją w dwóch porcjach z półgodzinną przerwą. W tych przypadkach podwajano też ilość insuliny. W rzadkich tylko przypadkach leczenie to przeprowadzono popołudniu.

W badaniach swoich autorowie oznaczali także poziom cukru we krwi, co jednak w praktyce nie jest konieczne, albowiem nadmiar cukru nie wpływa ujemnie na powyższy sposób leczenia. Jedynie u chorych na cukrzycę z niedomogą mięśnia sercowego można podawać insulinę (dla zwalczania tej niedomogi) bez równoczesnego podawnia cukru.

Otrzymane wyniki:

Z objawów osłuchowych stwierdzano nieraz wyraźniejsze tony serca, z innych zaś objawów ustępowała duszność, objawy dusznicy bolesnej i polepszało się ogólnie samopoczucie .

Na 21 przypadków tylko w 5-ciu przypadkach tętno nieznacznie się zwolniło; w jednym przypadku wystąpiła wyraźna bradykardja.

Diureza znacznie się powiększała u chorych, u których były obrzęki. Poprawa diurezy występowała już po dwóch dniach a obrzęki szybko znikały. Natomiast objawy zastoju w innych narządach, jak np. w wątrobie nie zmieniały się wyraźnie. U chorych nieobrzękłych nie stwierdzano wpływu na diurezę.

W 5-ciu przypadkach niedomogi mięśnia sercowego, które okazały się opornemi wobec leków nasercowych, leczenie zapomocą insuliny i cukru dało korzystny wynik dwukrotnie, w pozostałych przypadkach otrzymano korzystny wynik dopiero po zastosowaniu także środków nasercowych. W przypadkach, w których poprzednio działały środki nasercowe, otrzymano podobne wyniki i przy zastosowaniu tylko samej insuliny i cukru. W przypadkach niedomogi lewej komory serca omawiane leczenie daje dobre wyniki i to tem lepsze, im w lepszym stanie znajduje się mięsień sercowy.

W przypadkach niemiarowości i nierówności tętna uzyskiwano również nieraz poprawę, choć naogół te przypadki niezbyt się nadają do powyższego sposobu leczenia.

W przypadkach nadciśnienia tętniczego otrzymywano spadek zarówno ciśnienia skurczowego, jak i rozkurczowego. W tych przypadkach jednak leczenie zapomocą samej insuliny daje podobne wyniki.

W przypadkach choroby Basedowa leczenie zapomocą podawania cukru i insuliny, nie zawsze i w małym tylko stopniu wpływało na zaburzenia sercowe.

Autorowie wyprowadzają następujące wnioski:

Leczenie zapomocą podawania insuliny i cukru, w sposób wyżej omówiony, dało dobre wyniki i nadaje się do stosowania w następujących chorobach: a) w niedomodze serca, niepodatnej na leczenie zapomocą środków nasercowych. W tej grupie chorych, w razie niepowodzenia, stosować należy leczenie kombinowane ze środkami nasercowemi. b) W przypadkach niedomogi serca prawego, niezbyt daleko posuniętej, leczenie zapomocą cukru i insuliny daje te same wyniki, co leczenie zapomocą środków nasercowych. c) W przypadkach niedomogi serca lewego, kiedy oubaina nie dała pożądanegych wyników, omawiane leczenie może jeszcze pomóc.

Mierne wyniki otrzymano w następujących cierpienach: niedomoga serca u chorych na chorobę Basedowa, zaburzenia rytmiki serca i nadciśnienie tętnicze.

Żadnych wyników nie otrzymano w leczeniu ostrych schorzeń serca na tle zakaźnym.

Tężyczka wywołana przez thyreoidectomia extracapsularis. (Tétanie aprés thyroidectomie extracapsulaire). P. Wilmoth.

Presse Méd. Nr. 90, r. 1931.

Autor podkreśla, że według profesora *Lenormand*, przypadki tężyczki po wycięciu tarczycy, występują z drugiej strony Renu (w Niemczech) znacznie częściej niż we Francji, gdyż tam częściej wykonują wycięcie tarczycy razem z jej otoczką.

W niniejszej pracy autor opisuje dwa przypadki, w których wykonano podobny zabieg. W przypadku pierwszym, kobiety 22-letniej, wykonano lobectomia subtotalis extracapsularis po obu stronach. Po tym zabiegu pierwszy dzień upłynął zupełnie spokojnie. Drugiego dnia pokazały się drgawki, które trzeciego dnia wystąpiły z całem natężeniem i tylko przejściowo ustępowały pod wpływem wstrzykiwań wyciągów przytarczycznych i wapnia (3 gr.). Piątego dnia nastąpiła śmierć.

W przypadku drugim, chorej lat 45, wobec podejrzenia na nowotwór tarczycy, wykonano podobny zabieg. Badanie histologiczne nie wykazało nowotworu złośliwego. Wobec smutnego doświadczenia z poprzednią chorą, już w dniu dokonania zabiegu, chorej wstrzyknięto trzykrotnie wyciąg z gruczołów przytarczycznych, poczem podawano po 1 gr. chlorku wapnia. Wobec prawidłowego przebiegu pooperacyjnego, po trzech dniach zaprzestano wstrzykiwać wyciąg z przytarczyc. Piątego dnia wystąpiły objawy tężyczki, wobec czego rozpoczęto na nowo wstrzykiwania wyciągów przytarczycznych i podawanie wapnia, a nadto tego samego dnia przeszczepiono chorej, w podskórną tkankę jamy brzusznej i mięśnia prostego brzucha, tkankę tarczycową wraz z przytarczycowemi gruczołami, które autor zdobył z świeżo zabitego konia. Oczywiście dalej przeprowadzano lecze-

nie zapomocą soli wapnia i wyciągów przytarczyc. W późniejszem postępowaniu stosowano chlorek wapnia i naświetlania zapomocą promieni pozafjołkowych. W trzy tygodnie po operacji, kiedy wszystkie objawy tężyczki ustąpiły i zniknął też objaw Trousseau i Chwostka, zaprzestano wszelkiego leczenia. Po 24-ch dniach (od operacji) chora uleczona opuściła szpital. W ciągu następnych 3-ch miesięcy chora pozostawała pod kontrolą, nie wykazując żadnych objawów chorobowych.

Autor podkreśla przejściową skuteczność stosowania wyciągów z przytarczyc i podawania chlorku wapnia w przypadkach tężyczki pooperacyjnej i skłania się do zdania tych autorów, którzy twierdzą, że powyższy sposób postępowania tylko tam daje dobre wyniki, gdzie pozostały gruczoł przytarczyczny może zastępczo wypełnić brak usuniętych gruczołów.

Następnie należy podkreślić, że w drugim przypadku zaprzestanie wstrzykiwań wyciągów z gruczołów przytarczycznych i podawania soli wapnia wywołało wystąpienie tężyczki, co zmusiło do ponowienia tego leczenia, mimo dokonanego wszczepienia przytarczyc pochodzących ze zwierzęcia. Dopiero gdy przeszczepiona tkanka zrosła się z podłożem, zaprzestanie leczenia przeciwtężyczkowego mogło być przeprowadzone bez niebezpieczeństwa dla chorej.

Powyższy przypadek poucza też, że przeszczepienie tkanki zwierzęcej może dać dobre wyniki w takich przypadkach. Oczywiście lepiej jest przeszczepiać własną tkankę i gdyby możliwem było szybkie zbadanie wyciętej tarczycy, jeszcze w czasie zabiegu, to autor nie wahałby się z wyciętej tarczycy wykroić okolice przytarczyc i wszczepić ją w powłoki brzuszne.

W omawianym wyżej przypadku trzeba się liczyć z resorpcją wszczepionej tkanki i z ponownem wystąpieniem objawów tężyczki, jak to bywa w podobnych przypadkach. Wówczas trzeba powtórnie dokonać przeszczepienia przytarczyc ze zwierzęcia oraz leczenia zapomocą wstrzykiwania wyciągów przytarczycznych i podawania soli wapnia.

Metody badań czynnościowych nerek. *(Les méthodes d'exploration fonctionnelle des reins).* **Pasteur - Vallery - Radot, Heimann i A. Lafitte.** *Paris Médical. Nr. 42, r. 1931.*

Autorowie w niniejszej pracy krótko omawiają te metody badań czynnościowych nerek, które jako najbardziej uzasadnione i wielokrotnie wykonywane, nadają się najlepiej dla oceny czynności nerek.

Wobec przypadku zapalenia nerek należy przedewszystkiem określić wygląd moczu, jego ilość dobową, zawartość białka i morfotyczny skład osadu. Następnie należy zbadać wpływ danej choroby nerek na układ krążenia, wreszcie trzeba oznaczyć zawartość mocznika we krwi i stwierdzić czy niema obrzęków.

Po powyższem zbadaniu chorego przystępujemy do badań czynnościowych. Bez względu na to czy chory posiada obrzęki czy nie, należy go umieścić w łóżku i zalecić djetę małosolną, zawierającą 1 do 2 gr. soli dziennie. W przypadkach ostrego zapalenia nerek chory powinien być na djecie mlecznej, przyczem należy pamiętać, że 1 litr mleka zawiera 1,56 do 2,00 gr. soli. Chorego należy codziennie ważyć naczczo, po oddaniu stolca i moczu. Mocz należy ściśle zbierać do jednego naczynia i oznaczać dobową ilość chlorków. W tych warunkach, jeżeli chory posiadał obrzęki, waga ciała znacznie spadnie, ilość dobowa moczu się zwiększy i zwiększy się również ilość chlorków, przekraczając dawkę przyjętej doustnie soli. I tu trzeba pamiętać, że człowiek zdrowy, w podobnych warunkach, traci około półtora kilograma na wadze i wydziela około 15 gr. chlorków w ciągu 3 do 4 dni.

O ile chory nie posiadał obrzęków, wówczas istnieją dwie możliwości:

a) Waga ciała opadnie do półtora kilograma. ilość moczu będzie odpowiadała ilości przyjętych płynów. Podobnie też i ilość wydzielonych chlorków będzie odpowiadać prawidłowym warunkom. W tym przypadku zatem czynność nerek w stosunku do wydzielania chlorków jest prawdopodobnie prawidłowa, a dla ostatecznego zdecydowania należy zbadać wydzielanie chlorków po doustnem podaniu 10 gr. soli dziennie. W warunkach dobrej czynności nerek dobowa ilość chlorków w moczu powinna do 3 dni podnieść się do ilości podanych chlorków. Jeżeli nastąpi to w okresie dłuższym wówczas mamy do czynienia z pewnem zaburzeniem czynności nerek. Jeśli w ciągu szeregu dni, dobowa ilość chlorków w moczu nie osiągnie powyższego poziomu, wtedy mamy do czynienia z jeszcze poważniejszem uszkodzeniem czynnościowem nerek.

b) Może się też zdarzyć, że w wyżej opisanych warunkach spadek wagi ciała i brak zwiększonej ilości moczu, przedstawiać będzie stosunki prawidłowe. Natomiast ilość wydzielonych chlorków będzie znacznie wyższa, aniżeli ilość chlorków przyjętych doustnie. W tych przypadkach należy rozpoznać zatrzymanie chlorków bez równoczesnego zatrzymania wody (retention sèche).

Poza badaniem zdolności wydzielania chlorków należy oznaczyć ilość mocznika we krwi podczas djety bezsolnej, uwzględniając, że zarówno obecność obrzęków jak i djeta, obfitująca w chlorki, obniża poziom mocznika we krwi. Autorowie podkreślają, że dla wyprowadzenia jakichkolwiek wniosków dla rokowania na podstawie oznaczenia poziomu mocznika we krwi, niezbędne jest kilkakrotne wykonywanie tych określeń. W przypadkach zwiększenia się poziomu mocznika we krwi ponad 1 gr. należy też oznaczać zawartość chloru w surowicy krwi i w krwinkach. Znane są bowiem przypadki, gdzie wskutek chloropenji, zawartość mocznika we krwi wzrastała.

Niewątpliwe znaczenie dla określenia czynności nerek posiada stała Ambarda. Wartość jej podkreślają autorowie w tych przypadkach, w których poziom mocznika we krwi nie jest podwyższony. Niezbędne jest jednak ściste zachowanie pewnych warunków przy określaniu stałej Ambarda. Przedewszystkiem do oznaczenia stałej Ambarda nie nadają się chorzy na schorzenia serca, gruczołu krokowego i chorzy z obrzękami. Badany chory powinien, podczas doświadczenia, leżeć w łóżku; samego badania dokonywa się rano, naczczo lub w dwie godziny po wypiciu filiżanki lekkiej herbaty i zjedzeniu dwóch małych kawałków chleba z niewielką ilością masła. (Głód podwyższa nieco ilość mocznika we krwi). Przed badaniem chory powinien oddać mocz w pozycji stojącej, aby całkowicie opróżnić pęcherz. Następne oddanie moczu odbywa się w tych samych warunkach, dokładnie w 36 lub 72 minuty, po odda-

niu pierwszej porcji moczu. W międzyczasie pobiera się krew. Prawidłowa wysokość stałej Ambarda wynosi między 0,065 a 0,085. Autorowie podkreślają, że oznaczanie stałej Ambarda pozwala na wyprowadzenie wniosków co do czynności nerek, nigdy zaś co do rokowania, nawet wówczas gdy stała Ambarda, w ciągu kilkakrotnych badań, jest podwyższona.

Autorowie polecają też badanie wydzielania fenolsulfoftaleiny. W tym celu wstrzykuje się domięśniowo lub dożylnie 1 ccm. roztworu, który zawiera 6 mlgr. substancji. Należy zwrócić szczególną uwagę na chemiczną czystość preparatu i ścisłość dawki. Przed wstrzyknięciem chory powinien oddać mocz, również bardzo dokładnie a następne, również całkowite, oddanie moczu powinno mieć miejsce w 70 minut po wstrzyknięciu. W warunkach prawidłowych ustrój wydziela w tym czasie 50 do 65% (po wstrzyknięciu domięśniowo) lub 55 do 70% (po wstrzyknięciu dożylnem) ilości osiągniętej. Wyniki tych badań należy oceniać podobnie, jak stałą Ambarda, z tem zastrzeżeniem, że to badanie nie nadaje się do zastosowania u osób dotkniętych schorzeniem wątroby, serca, gruczołu krokowego lub też u chorych obrzękłych.

Polecenie godnem jest też badania zdolności wydzielania wody i stężania moczu według Volhard'a.

Badanie wydzielania wody polega na podaniu choremu naczczo półtora litra wody, poczem chory powinien przez 4 do 5 godzin pozostać w łóżku. Przed wypiciem wody chory oddaje całkowicie mocz. Po wypiciu, oddawanie moczu powinno się odbywać co pół godziny w ciągu czterech godzin. O ile czynność nerek jest prawidłowa, ilość moczu wydzielonego w czasie 4 godzin wynosi najmniej 1.300 ccm., a w poszczególnych porcjach ciężar gatunkowy moczu powinien opaść do 1.000—1.003.

Badanie zdolności stężania moczu polega na podaniu choremu, w ciągu dnia badania, djety składającej się z chleba, mięsa, jaj, ryżu i kartofli. Ilość soli powinna być ta sama co w dniach poprzednich. Ilość płynów, przyjętych w ciągu doby, nie powinna przekraczać pół litra. Mocz zbiera się co 2 do 3 godzin. W warunkach prawidłowych, ciężar gatunkowy moczu w jednej z próbek powinien wynosić najmniej 1.025 (lub wyżej).

Z innych badań, rzadziej stosowanych i, do pewnego stopnia, posiadających raczej znaczenie dla zagadnień teoretyczno-naukowych, są następujące: 1. Oznaczanie kreatyniny we krwi, której zawartość w warunkach prawidłowych wynosi 0.01 do 0,025 gr. na 1 litr. 2) Oznaczenie azotu resztkowego, który u ludzi zdrowych znajduje się w ilości 0,12 do 0,14 na 1 litr. 3) Oznaczanie ilości indykanu we krwi, który w prawidłowych warunkach we krwi się nie znajduje. 4) Oznaczanie ilości kwasu moczowego we krwi, który w warunkach prawidłowych znajduje się w ilości niższej, niż 0,05 gr. na 1 litr. Wreszcie 5) Oznaczać można zawartość zasobu zasad.

W przypadkach, w których mamy podejrzenie na istnienie t zw. nephrozy lipoidowej, należy oznaczyć zawartość tłuszczów i cholesteryny we krwi oraz stosunek globulin do albumin w surowicy krwi, a także obecność ciał dwułomnych w osadzie z moczu.

W przypadkach, w których nie przypuszczamy istnienia anatomicznego schorzenia nerek, w których pragniemy jednak zorjentować się co do czynnościowych zdolności nerek, tam wykonujemy następujące badanie: 1) Dokładne badanie moczu. 2) Oznaczenie poziomu mocznika we krwi i stałej Ambarda. 3) Badanie wydzielania fenolsulfonftaleiny. I tu należy pamiętać, że powyższych badań nie należy dokonywać w przypadkach schorzeń, wyżej wymienianych.

W razie, gdy wynik jednego z powyższych badań jest nieprawidłowy, należy wnosić o zaburzeniu czynnościowem nerek. W razie zaś, gdy wyniki te są prawidłowe, należy przejść kolejno badanie zdolności stężania i rozcieńczania moczu oraz zdolności wydzielania chlorków.

Dychawica oskrzelowa i gorączka. (Asthme et fièvre). F. Bezançon i A. Jacquelin.

Presse Méd. Nr. 92, r. 1931.

Już dawni autorowie twierdzili, że gorączka wpływa na ustąpienie stanów kurczowych. W odniesieniu do dychawicy oskrzelowej, sprawa ta w ostatnich czasach nabrała rozgłasu. Większość autorów skłania się do zdania, że przedewszystkiem sprawy ropne, o ile występują z gorączką, wywołują zniknięcie napadów dychawicy oskrzelowej. Nietylko jednak te sprawy mają korzystny wpływ na ustępowanie napadów dychawicy, ale stwierdzono, że zaostrzenie się spraw gruźliczych w płucach również wywiera podobny wpływ. Tylko stwardnienia i zwłóknienia, wywołane przez gruźlicę, mogą działać pobudzająco na występowanie napadów dychawicy. *Danielopolu* stwierdził też, że choroby gorączkowe posiadają korzystny wpływ także i w pląsawicy, częstoskurczu napadowym i w dusznicy bolesnej. Nie ulega jednak kwestji, że gorączka może w pewnych przypadkach wpływać pobudzająco na występowanie napadów dychawicy, a u dzieci napady dychawicy oskrzelowej przeważnie nawet przebiegają z podwyższoną ciepłotą ciała. *Danielopolu* sądzi, że gorączka wywołuje zaburzenie, względnie przestrojenie układu wegetatywnego i tem tłumaczy się wpływ jej na występowanie napadów dychawicy. Autorowie są zdania, że wyżej podany mechanizm nie obejmuje całości zagadnienia i że nadto w grę wchodzi natura schorzenia, przebiegającego z gorączką. A mianowicie ustępowanie napadów dychawicy oskrzelowej wywołują te sprawy chorobowe, które przebiegają z leukocytozą obojętnochłonną.

Autorowie podają przykłady z własnego doświadczenia, z których wynika, że napady dychawicy oskrzelowej występowały właśnie w okresie gorączki u osobników, u których sprawa chorobowa, na tle drobnoustrojów, rozwijała się w narządzie oddechowym. W tych przypadkach, obok swoistego uczulenia, powstawały nawały względnie czynne przekrwienia, a te znowu z kolei wywoływały stany skurczowe oskrzeli i oskrzelików.

Według obserwacji autorów, jak to wyżej wspomniano, najpewniej i najlepiej działają te sprawy gorączkowe, które przebiegają z leukocytozą obojętnochłonną. Przytem udało się zauważyć, że dla ustąpienia napadów dychawicy oskrzelowej gorączka musi osiągnąć pewien stopień i musi trwać pewien czas. W ciągu długiej obserwacji jednego z chorych stwierdzono, że przy ponawiających się stanach gorączkowych, napady dychawicy ustępowały coraz trudniej, t. zn. że z czasem trzeba było wyższej i dłużej trwającej gorączki dla zniesienia napadu dychawicy.

Co się tyczy kolejności ustępowania objawów

napadów dychawicy oskrzelowej, to zauważono że najpierw ustępują stany skurczowe oskrzelików, a dopiero później zmniejsza się powoli wydzielanie plwociny.

Należy też podkreślić, że czas wolny od napadów dychawicy po przebyciu choroby gorączkowej jest tem dłuższy, im wyższa i dłużej trwała była gorączka. Czas ten jest szczególnie przedłużony, gdy po ustąpieniu gorączki, utrzymuje się, choć w małym stopniu, jakikolwiek proces ropny w ustroju.

W tłumaczeniu mechanizmu omawianej sprawy należy podkreślić, że, obok przerwania błędnego koła, jakie spostrzegamy u chorych na dychawicę oskrzelową, wskutek ostrego działania na układ wegetatywny, w myśl twierdzeń *Danielopolu*, — należy też uwzględnić odmienny tryb życia i odmienną djetę, jaką stosuje się u chorych gorączkujących. Nadto, być może, że pewien wpływ posiada oddziaływanie krwi, które, według ostatnich badań, jest prawidłowe między napadami dychawicy, a natomiast przesuwa się w stronę zasadową w czasie napadu. Gorączka niewątpliwie wpływa raczej zakwaszająco, a zatem zmienia te warunki podłoża, które są złączone z oddziaływaniem krwi i płynów ustrojowych. Być może też że gorączka pobudza wydzielanie adrenaliny, której wpływ na ustępowanie napadów dychawicy oskrzelowej jest ogólnie znany. Wreszcie autorowie podkreślają występowanie leukocytozy obojętnochłonnej i przypominają, że w leczeniu napadów dychawicy oskrzelowej skuteczne są przedewszystkiem te środki i te zabiegi, które wywołują leukocytozę obojętnochłonną. Tu należą wstrzykiwania adrenaliny, peptonu, różnych szczepionek oraz silne naświetlania promieniami pozafjołkowemi.

Wobec niewątpliwie skutecznego wpływu gorączki na ustępowanie napadów dychawicy oskrzelowej, autorowie omawiają wskazania, sposób stosowania i wyniki dowolnie wywołanej gorączki w przypadkach dychawicy oskrzelowej.

Jako wskazania do pyretoterapji, autorowie przytaczają przedewszystkiem utrzymujące się stany astmatyczne (état de mal) z dodatkowemi napadami. Wiadomem jest, że te stany właśnie są szczególnie oporne na działanie adrenaliny i tym podobnych środków, których wpływ zaznacza się tylko przejściowo. Do pyretoterapji nadają się też napady dychawicy, które wprawdzie nie są ani zbyt ciężkie ani zbyt długie, które jednak nie dają się usunąć żadnym innym sposobem. Do tego sposobu leczenia nadają się wreszcie stany duszności bez napadów dychawicy oskrzelowej, na jej tle jednak powstałe. Niezbędne jest tu wszakże odróżnienie ich od stanów duszności, jakie spotykamy w rozedmie płuc niepowikłanej etjologją dychawiczną. W tym ostatnim przypadku leczenie gorączką może być tylko szkodliwe.

Co się tyczy techniki wywołania gorączki, autorowie zalecają naświetlanie promieniami pozafjołkowemi, w dawkach wywołujących rumień, przyczem zazwyczaj ciepłota podnosi się do 38 lub 38,5° i trwa do dwóch dni. Ze szczepionek, które wywołują gorączkę, autorowie stosowali bądźto szczepionkę z hodowli drobnoustrojów, wyodrębnionych z plwociny danych chorych, bądź też inne szczepionki podobnego typu. Dla uzyskania gorączki należy wstrzykiwać podskórnie nie mniejszą dawkę od 2 miljardów drobnoustrojów. W ciągu następujących dwóch dni należy ponawiać wstrzykiwania, stosując dawki bądźto wyższe, bądź też niższe, stosownie do wysokości uzyskanej gorączki. O ile chory nie podlegał jeszcze powyższemu leczeniu, wystarcza gorączka 48-io godzinna, w wysokości 38° aby usunąć napad. W razie ponowienia się napadu, należy stosować gorączki wyższe i dłużej trwające, aby uzyskać poprawę, trwającą choć pewien okres czasu. Można też stosować tuberkulinę lub wakcynę przeciw szankrowi miękkiemu; stosujemy ją drogą dożylną, z bardzo dobrym wynikiem. Ze względu jednak na krótkotrwałość gorączki, należy wstrzykiwać przez dwa do trzech dni, zrzędu. Jako środek heroiczny, ale działający względnie pewnie, należy wymienić ropień aseptyczny, wywołany podskórnem wstrzyknięciem 1 do 2 ccm. terpentyny. Autorowie radzą przytem możliwie długo czekać z przecinaniem tego ropnia oraz zalecają, po przecięciu, utrzymywać stan niegojenia się, przez co otrzymuje się ustąpienie napadów dychawicy na czas dłuższy. Należy jednak podkreślić bolesność tego sposobu leczenia.

Wyniki, otrzymane powyższemi sposobami leczenia napadów dychawicy oskrzelowej, są często bardzo dobre. Ustąpienie napadów przeciąga się od 3 tygodni do 3 miesięcy. Całkowite wyleczenie należy jednak do wyjątków. Napady, które występują po przerwie, są zazwyczaj słabsze i najczęściej łatwo ustępują pod wpływem leków dotychczas stosowanych, jak np. adrenalina i t. d. Przerwę uzyskaną zapomocą pyretoterapji można z korzyścią użyć na przyczynowe leczenie dychawicy oskrzelowej.

CHIRURGJA

Kwasica pooperacyjna (L'acidose post-opératoire) — temat programowy XXXI Zjazdu Urologów Francuskich. Chabanier i Lobo-Onell.

La Presse Méd. Nr. 88, październik 1931.

Kwasicą pooperacyjną zaczęto się interesować od tej chwili, kiedy zauważono znaczne nasilanie się po operacji objawów zatrucia ustroju ciałami acetonowemi (acetonemja) w przypadkach cukrzycy.

W ostatnich czasach za wskaźnik owego zakwaszenia ustroju w przypadkach kwasicy pooperacyjnej (bez związku z cukrzycą) przyjmowano ogólnie stosunek stężenia jonów wodorowych i wodorotlenowych we krwi (Ph) i stan ilościowy zasobu zasad krwi. Ze względu na trudności techniczne w określaniu Ph krwi, praktycznie biorąc, ograniczano się ostatnio prawie wyłącznie do określania zasobu zasad krwi jako wskaźnika zakwaszenia ustroju.

Jednakże, jak to pokazują najświeższe w tej dziedzinie badania (*Ambard, Hamburger*), ani Ph, ani obliczenie zasobu zasad krwi nie odźwierciadlają dokładnie stanu zakwaszenia ustroju, którego istotą chemiczno-fizjologiczną będzie zawartość składników kwasowych (HCl) w białkach, rozpuszczonych w płynach tkankowych i omywających wszystkie narządy wewnętrzne i ośrodki (między innemi i ośrodek oddechowy).

O owem wyposażeniu białek ustrojowych w składniki kwasowe wnosić można z dużą dokładnością, zdaniem autora, ze stosunku ilościowego $\frac{\text{Cl-osocza}}{\text{Cl-krwinek}}$; zwiększenie tego stosunku świadczy o wzroście zasobu kwaśnego białek (kwasica), jego

zmniejszenie — świadczy o ich zubożeniu w zasób kwaśny (HCl).

Stosunek $\frac{\text{Cl-osocza}}{\text{Cl-krwinek}}$ może ulegać daleko idącym odchyleniom od normy, ze wszelkiemi tegoż następstwami dla czynności poszczególnych narządów ustroju, kiedy tymczasem mierzone jednocześnie Ph i zasób zasad odchyleń odnośnych nie wykaże; i odwrotnie, zasób zasad krwi może wzrosnąć np. w następstwie hyperpnoe, wywołanego nie tylko zadziałaniem na ośrodek oddechowy środowiska kwaśnego (ciała acetonowe), ale także pod wpływem aktów dowolnych lub wstrzyknięcia lobeliny, i t. p.

Co się tyczy strony klinicznej powyższego zagadnienia, to należy tu odróżniać dwa rodzaje kwasicy pooperacyjnej: 1) kwasicę rzeczywistą (z zatruciem ustroju ciałami acetonowemi) i 2) kwasicę bezacetonową (cechującą się tylko zubożeniem zasobu zasad krwi).

I. Kwasica pooperacyjna acetonowa u chorych, cierpiących już dawniej na cukrzycę. Może przebiegać skrycie, bez objawów klinicznych, lub też pod postacią śpiączki cukrzycowej (coma, praecoma). Leczenie będzie polegało tutaj na podaniu insuliny i węglowodanów w takiej ilości, żeby ustąpiło zatrucie acetonowe; środki te należy zastosować jak najwcześniej i odrazu w dawkach dużych. Jeśli leczenie powyższe zaczęto już w okresie śpiączki wykształconej, to pomyślny wynik udaje się uzyskać tylko w 60%, w pozostałych zaś 40% stan pogarsza się w dalszym ciągu (pomimo zniknięcia nawet acetonu ze krwi) i doprowadza do śmierci, prawdopodobnie wskutek uszkodzenia nerek i nadmiernego zmniejszenia ilości chlorków we krwi. Stąd wniosek, żeby w okresie śpiączki — obok insuliny i cukru — podawać również roztwory chlorku sodu.

Leczenie zapobiegawcze będzie polegało na przygotowaniu do operacji każdego chorego na cukrzycę, a to przez możliwe obniżenie do normy poziomu cukru we krwi.

II. Kwasica pooperacyjna acetonowa u chorych niecukrzycowych jest zjawiskiem częstem, gdyż występuje w 50% wszystkich przypadków. Jej mechanizm chorobotwórczy jest taki sam, jak u chorych cukrzycowych, to jest polega na niedomodze spalania węglowodanów i będącem w związku z tem zaburzeniem w przemianie tłuszczów i białek (z wytworzeniem zatruwających ustrój ciał acetonowych). Grają tutaj rolę: głodzenie chorego przed operacją i wpływ narkotyku, użytego do usypiania, na przemianę materji, polegający na wzmożeniu rozpadu tłuszczów i białek. W większości wypadków kwasica ta nie daje żadnych objawów klinicznych (wykryć się daje tylko chemicznie), w niektórych jednakże doprowadza do bardzo ciężkich zaburzeń, przypominających do złudzenia ostre zapalenie otrzewnej i kończących się często śmiercią. Leczenie tego rodzaju stanów polega na podawaniu dużych dawek insuliny i węglowodanów. Niektórzy chirurdzy stosują zapobiegawczo przed każdą operacją leczenie insulinowo-węglowodanowe.

III. Kwasica pooperacyjna bezacetonowa — polega jedynie na zmniejszeniu nadmiernem zasobu zasad i albo występuje natychmiast po zabiegu, utrzymując się w ciągu 24—48 godzin, albo dopiero po pewnym czasie — towarzyszy mu wówczas nadmierny wzrost stężenia azotu bezbiałkowego we krwi, będący następstwem znacznego zubożenia krwi w chlorki i ostrej niedomogi nerek. W jednym i drugim przypadku prawidłowy stosunek $\frac{\text{Cl-krwinek}}{\text{Cl-osocza}}$ jest zachowany tak, że o kwasicy rzeczywistej niema mowy. O ile w pierwszym przypadku dodatni wynik leczniczy widuje się po podaniu insuliny i węglowodanów (obniżających jeszcze bardziej kwasowość białek ustrojowych), o tyle w drugim — wskazane będzie podawanie chlorków w dużej ilości (środka raczej zakwaszającego), po którem z reguły zawartość azotu bezbiałkowego we krwi obniża się do normy, a zasób zasad jednocześnie wzrasta do ilości prawidłowej.

Ropnie płuc — a ropne zapalenie opłucnej międzyzrazowej (Pleurésies interlobaires et abscès du poumon). Donzelot i Iselin.

La Presse Méd. Nr. 89, listopad 1931.

Jak tego dowodzą spostrzeżenia kliniczne i prace ostatnich lat, przypadki prawdziwego zapalenia ropnego opłucnej międzyzrazowej są naogół bardzo rzadkie — znacznie rzadsze, niż to dawniej przypuszczano. W przeciwieństwie do powyższego, ropnie płuc są zjawiskiem częstem. Jeśli rozpoznanie kliniczne waha się między ropniem płuca a ropniem międzyzrazowym, to w 9 przypadkach na 10 dane operacyjne względnie wynik sekcji wykaże obecność ropnia płuca; jakkolwiek trzeba tu zaznaczyć, że stosunki anatomiczne w tego rodzaju przypadkach bywają tak zawikłane, że nawet w czasie operacji trudno jest rozstrzygnąć, czy mamy do czynienia z ropnem zapaleniem opłucnej międzyzrazowej, czy też z ropniem samego płuca.

Na tem większe trudności rozpoznawcze natrafiamy przy badaniu klinicznem i przy odczytywaniu zdjęcia rentgenowskiego; o ropniu międzyzrazowym na podstawie zdjęcia można mówić tylko wówczas, jeśli górna i dolna granica zaciemnienia są równe i ostre to jest odpowiadają zgrubiałym zapalnie listkom opłucnej międzyzrazowej.

Profesor *Sergent* w swej pracy, poświęconej diagnostyce rentgenologicznej, zaznacza, że na 50 przypadków ropni, płuca (spostrzeganych w ciągu 10 lat) spotkał tylko jeden przypadek ropnego zapalenia i 3 przypadki zapalenia surowiczowłóknikowego opłucnej międzyzrazowej.

W całym szeregu przypadków ropień międzyzrazowy istnieje jednocześnie z właściwym ropniem płuca i jest do pewnego stopnia wywołany przez ten ostatni; lecząc z dobrym wynikiem (środkami wewnętrznemi) ropień płuca, powoduje się jednocześnie ustępowaniem objawów i ropnia międzyzrazowego.

Droga dostępu operacyjnego do środkowej $^1/_3$ części trzonu kości udowej od strony przednio - wewnętrznej uda (Ostéosynthèse de la diaphyse femorale par la voie antérieure transcrurale). Duval.

La Presse Méd. Nr. 89, listopad 1931.

Za klasyczną drogę dostępu do środkowej części trzonu kości udowej (szew kostny) uważane jest przez większość chirurgów cięcie na zewnętrznej względnie tylno-zewnętrznej stronie uda. Przy cięciu tylno-zewnętrznem droga prowa-

dzi poprzez przegrodę mięśniową zewnętrzną, między brzusiec zewnętrzny mięśnia czworogłowego (m. vastus lateralis) a mięśnie tylnej powierzchni uda; do kości udowej dociera się w okolicy linji chropowatej (linea aspera). Przy cięciu zewnętrznem (według Hallopeau) — po przecięciu powięzi szerokiej uda rozsuwa się na tępo włókna brzuśćca zewnętrznego mięśnia czworogłowego, przebiegające skośnie od góry i zzewnątrz — w dół i przyśrodkowo, a następnie, leżące głębiej włókna brzuśćca pośrodkowego, przebiegające jeszcze bardziej skośnie. Zwykle samo rozsuwanie na tępo mięśni nie wystarcza do odsłonięcia kości udowej na dostatecznie dużej przestrzeni i chirurg zmuszony jest dodatkowo przecinać mięśnie, co następnie odbija się bardzo ujemnie na ich czynności.

Obydwa te cięcia mają następujące wady: powodują obfite krwawienie włosowate, trudne do opanowania, (zaledwie pola operacyjnego, krwiaki pooperacyjne), dają trudny dostęp do kości, która leży bardzo głęboko w ranie, pole operacyjne nie może być dostatecznie oświetlone, a chirurg przy tem zmuszony jest operować w niewygodnej pozycji; wreszcie, ze względu na rozległość rany mięśniowej wstrząs pooperacyjny bywa często znacznie nasilony.

W przeciwieństwie do powyższych dróg dostępu, proponowane przez autora cięcie umożliwia wykonanie zabiegu w sposób łatwy, prosty i jak najmniej obrażający tkanki.

Jest to cięcie przednie, długości 15 cm, wzdłuż wewnętrznego brzegu mięśnia prostego uda (m. rectus femoris). Po nacięciu powięzi oddziela się dosyć łatwo mięsień prosty od brzuśćca wewnętrznego mięśnia czworogłowego i rozsuwa je, następnie, przecina się leżący głębiej brzusiec pośrodkowy (zwykle cienki i nawpółścięgnowy) i kość jest już udostępniona na dużej przestrzeni. Krwawienie z przeciętych tkanek jest tutaj znikome, ewentualne ognisko złamania — bardzo dobrze dostępne i dobrze widoczne, samo zestawienie odłamów jest szczególnie ułatwione, jak również i nałożenie szwu kostnego. Wykonany w ten sposób zabieg trwa krótko i jest bardzo dobrze znoszony przez chorych.

Leczenie stopy końsko-szpotawej wrodzonej w wieku powyżej 2 lat (Traitement du pied bot varus équin congénital après deux ans)— temat programowy XIII Zjazdu Ortopedów Francuskich. Frèves.

La Presse Méd. Nr. 91, listopad 1931.

Zniekształcenie to, zasadniczo, powinno być skorygowane jak najwcześniej — tylko wczesne leczenie wrodzonej stopy końsko-szpotawej pozwala na osiągnięcie wyników idealnych pod względem czynności i kształtu. Ale i w tych nawet przypadkach, w których osiągnięcie zupełnego i trwałego wyleczenia jest nie do uzyskania, leczenie wczesne daje znacznie lepsze wyniki, niż wtedy, kiedy zostaje zastosowane dopiero w późniejszym okresie życia.

W leczeniu powyższego cierpienia za metodę z wyboru uważa się powszechnie ręczne korygowanie ustawienia stopy, w ciągu jednak lub kilku posiedzeń, z następowem nakładaniem opatrunków gipsowch. Najpierw należy skorygować możliwie całkowicie przywiedzenie stop i jej supinację, potem dopiero można przystąpić do wyrównania zgięcia podeszwowego— z ewentualnem przecięciem ścięgna Achillesa (w miarę potrzeby). Unieruchamia się stopę w ustawieniu koślawem (pes valgus) — narazie na 6 do 8 tygodni, poczem opatrunek gipsowy zmienia się na nowy (i tak 2—3 razy, dopóki prawidłowe ustawienie stopy nie ustali się).

Korygowanie wadliwego ustawienia zapomocą przyrządów mechanicznych (tarsoklazja) zostało we Francji prawie całkowicie zarzucone, stosuje się jeszcze częściowo w Niemczech, w Anglji i Ameryce.

Operacje na tkankach miękkich. Przecięcie ścięgna Achillesa wykonuje się dopiero po całkowitem wyrównaniu przywiedzenia i supinacji, czasami po odczekaniu kilku miesięcy do 1—2 lat od początku leczenia; u starszych dzieci (powyżej 2 lat) lepiej jest—zamiast przecięcia— ograniczyć się do wydłużenia ścięgna.

Nierzadko przecięcie ścięgna Achillesa uzupełnić trzeba, przecięciem więzadła podeszwowego (lig. plantare) i więzadła obocznego przyśrodkowego (zawsze pod kontrolą oka). Nacinania więzadeł wewnątrzstawowych zarzucono obecnie zupełnie. Przeszczepianie ścięgien i tenodeza nie znajdują wskazań w przypadkach wrodzonej stopy końsko-szpotawej.

Operacje na częściach kostnych. Wyłyżeczkowanie z małych cięć skórnych ognisk kostnych, odpowiadających kości napiętkowej, piętowej i sześcianowatej — stosuje się u dzieci do lat 3—4; w wielu przypadkach sprowadza następowe zaburzenia w kostnieniu i zesztywnienia w stawach.

Wycięcie klinowe stępu (tarsectomia cuneifermis dorsalis) polega na wycięciu z kości napiętkowej i piętowej klina, podstawą zwróconego w stronę grzbietowo-zewnętrzną. Zabiegu tego nie wykonywa się przed upływem 7—8 lat.

Ombrédanne wycina dwa kliny: jeden—z przedniej części kości napiętkowej, piętowej, łódkowatej i sześcianowatej (dla skorygowania ustawienia końskiego), drugi — z boczno-zewnętrznej części kości napiętkowej (dla skorygowania supinacji).

Następowe leczenie trwa zwykle szereg lat i wymaga stałego kontrolowania wyników pooperacyjnych.

Wczesne operowanie ostrego zapalenia szpiku kostnego kości długich. (Traitement précoce de l'ostéomyelite aiguë des os longs) — z Posiedzenia Tow. Chir. Francuskich. Mathieu.

La Presse Méd. Nr. 95, listopad 1931.

Wybór tego czy innego zabiegu zależy od rozległości i nasilenia zmian chorobowych w kości. W niektórych przypadkach proces zakaźny rozwija się tak szybko i gwałtownie, że już w przeciągu kilku dni doprowadza do obumarcia całego trzonu odnośnej kości, który poprostu pływa w otaczającej go ropie. Tutaj wskazane będzie jaknajszybsze wycięcie całego trzonu, gdyż tylko ten zabieg uchroni chorego od następowego odjęcia kończyny, względnie uratuje go od śmierci.

W innych przypadkach zakażenie kości doprowadza dopiero po pewnym czasie do rozległego obumarcia trzonu—o ile operacja nie była w porę

wykonania — i u tego rodzaju chorych z zabiegiem nie należy się już wówczas śpieszyć, przynajmniej dotąd, dopóki nie wytworzy się wyraźnie odgraniczenie części kostnych obumarłych od żyjących (demarkacja), dopóki nie powstaną wykształcone zupełnie martwaki.

Naogół można powiedzieć, że w przypadkach ostrego zapalenia szpiku kostnego kości długich— poza postaciami tak zwanemi septycznemi i doprowadzającemi odrazu do rozległego obumarcia— metodą operacyjną z wyboru będzie nacięcie i sączkowanie tkanek miękkich, względnie wydłutowanie kości i sączkowanie jamy szpikowej.

Uwagi w sprawie techniki operacyjnej w przypadkach przetok pęcherzowo-pochwowych. (Quelques points de technique dans la cure des fistules vésico-vaginales) z posiedzenia Tow. Chir. w Lyonie. Gayet.
La Presse Méd. Nr. 95, listopad 1931.

Autor rozważa tutaj plusy i minusy obu stosowanych ogólnie metod operacyjnych: przezpęcherzowej i pochwowej. Zaletami metody przezpęcherzowej są: Dobra widoczność otworu przetoki, ujścia moczowodów i możność dokładnego zaszycia otworu w śluzówce pęcherza. Jednakże wyniki, osiągnięte tą drogą, są znacznie gorsze od wyników, jakie daje sposób operowania od strony pochwy.

Autor jest zdania, że metodę przezpęcherzową należy zachować wyłącznie dla przetok pęcherzowo-pochwowych, umiejscowionych bardzo wysoko; w przypadkach tych nie powinno się po operacji zaszywać pęcherz doszczętnie, gdyż wówczas — w razie wystąpienia wtórnego krwawienia do światła pęcherza z rany operacyjnej — cewnik, wprowadzony na stałe przez cewkę moczową, może ulec zatkaniu przez skrzepy krwi, a następowe przepełnienie pęcherza spowodować rozejście się szwów w miejscu dawnej przetoki. Dlatego też, obok cewnika na stałe w cewce moczowej, należy na kilka dni wprowadzić drugi cewnik do pęcherza poprzez ranę w powłokach brzusznych.

Wprowadzenie na stałe cewników moczowych do miedniczek nerkowych jest mało celowe, gdyż mocz spływa do pęcherza i obok cewnika i zbiera się w pęcherzu, a do tego nerka zdrowa źle naogół znosi dłużej trwającą obecność w miedniczce cewnika i zmusza do jego przedwczesnego usunięcia.

Za metodą z wyboru obecnie jest uważany ogólnie sposób operowania od strony pochwy, pod warunkiem dokładnego odtworzenia poszczególnych warstw ściany pęcherzowo-pochwowej i drobiazgowego zatamowania wszelkiego krwawienia. W przypadkach wątpliwych co do wyniku operacji lepiej jest wytworzyć dodatkowo tymczasową przetokę pęcherzowo-brzuszną, która daje lepszą gwarancję zupełnego opróżniania pęcherza, niż cewnik, wprowadzony przez cewkę moczową.

W przypadkach, operowanych sposobem od strony pochwy bez wyniku, próby operowania następnego od strony pęcherza naogół nie prowadzą do celu.

Leczenie czyraków. (Traitement du furoncle). Tuffier i Desfosses.
Petite Chirurgie Masson, 1919 r.

Anatomo-patologicznie czyrak jest zapaleniem mieszka włosowego wraz z przyległym gruczołem łojowym, wywołanem przez gronkowca złocistego (staphylococcus pyogenes aureus); dlatego też we wczesnym okresie czyraka w środku guzka zapalnego widujemy zawsze sterczący kawałek włosa. Schorzenie to jest wywołane przez zakażenie gronkowcem złocistym; ale czynnik ten tylko w pewnej liczbie przypadków można uważać za istotną przyczynę schorzenia (czyrak przypadkowy), w innych zaś — przyczyną właściwą jest raczej konstytucja ustroju, tak zwane „usposobienie“ (np. cukrzyca), stwarzające na drodze humoralnej, na drodze odpowiednich zmian w płynach tkankowych pomyślne warunki dla rozwoju gronkowca. Samemu zaś gronkowcowi przypisuje się tutaj raczej rolę drugorzędną czynnika wywołującego (czyrak nawykowy, konstytucjonalny). Te różnice w etjologji czyraka wymagają również uwzględnienia pewnych różnic w ich leczeniu. O ile w przypadkach czyraka zwykłego ograniczamy się zwykle do leczenia miejscowego, to w czyrakach konstytucjonalnych (czyraczność, furunculosis) leczenie miejscowe musimy uzupełnić leczeniem ogólnem.

Leczenie miejscowe. Czyrak we wczesnym okresie swego rozwoju wygląda jako guzek czerwony, śpiczasty (ze sterczącym ze środka włosem), zpoczątku swędzący, później bolesny; guzek ten szybko powiększa się, a na jego szczycie powstaje mały pęcherzyk podnaskórkowy, przeświecający żółto, który przerywa się nazewnątrz i tworzy w ten sposób kraterowate zagłębienie, na dnie którego widać czop martwicowy, utworzony z obumarłego gruczołu łojowego, włosa i jego otoczek. Z chwilą wydalenia czopa nazewnątrz sprawa chorobowa szybko się uspakaja i owrzodzenie zabliźnia się. Zwykle upływa 5—6 dni od początku choroby do chwili jej maksymalnego nasilenia.

W początkowym okresie rozwoju czyraka rolę leczenia poronnego odegrywa przyżeganie intensywne guza jodyną (w ciągu kilku do kilkunastu sekund); w ogromnej większości przypadków wystarcza to w zupełności do przerwania procesu chorobowego i wygojenia czyraka, w ciągu paru dni. W razie obecności pęcherzyka ropnego należy zdjąć zeń naskórek i wpuścić dowewnątrz nieco jodyny.

Zamiast jodyny można użyć do tego samego celu alkoholu 90% — w postaci okładów z gazy, zwilżonej nim.

Właściwe leczenie czyraków całkowicie wykształconych będzie polegało na moczeniu w gorącej wodzie przegotowanej (dodawanie do niej środków przeciwgnilnych nie jest potrzebne), okładach rozgrzewających pod ceratką (z wody Burowa i t. p.) i, wreszcie, w pewnych przypadkach na zabiegu chirurgicznym. Okładów pod ceratką nie należy stosować zbyt długo, gdyż macerują one skórę i sprzyjają w ten sposób zakażeniu innych torebek włosowych w otoczeniu czyraka. Zabieg chirurgiczny, polega na nacięciu dostatecznie głębokiem ogniska zapalnego i jest wskazany we wszelkich czyrakach twarzy, w szczególności — czyrakach wargi górnej, i w tych czyrakach innych okolic ciała, które są powikłane zapaleniem sąsiednich naczyń chłonnych.

W ostatnich latach stosuje się z powodzeniem szeroko w czyrakach, w okresie wczesnym i późniejszym, okłady pod ceratką ze szczepionki Delbeta, przygotowanej pod postacią masci (propidex); maść ta we wczesnym okresie leczy poronnie, w późniejszym zaś — ogromnie skraca

okres gojenia się i szybko łagodzi bóle (przyp. refer.)

Leczenie ogólne związane jest przedewszystkiem z podłożem konstytucjonalnem czyraczności. Stosuje się tu z różnem powodzeniem cały szereg środków, walcząc przeważnie na ślepo z ciemnem zwykle i nieznanem podłożem cierpienia. Do najbardziej skutecznych środków (poza leczeniem swoistem w przypadkach cukrzycy) należą: wstrzykiwania szczepionki Delbeta (propidon), leczenie autoszczepionkami, podawanie doustne drożdży piwnych i, wreszcie, leczenie bakterjofagiem przeciwgronkowcowym—wstrzykiwanym podskórnie i do ogniska czyraka (przyp. refer.).

Zapobiegawczo wskazane są częste ogólne kąpiele ciepłe z mydłem i wycieranie skóry alkoholem w miejscach, w których czyraki najchętniej się usadawiają.

Fotografowanie wnętrza żołądka. (La Gastrophotographie). Ravina.

La Presse Méd. Nr. 96, grudzień 1931.

Pomimo duże postępy i udoskonalenia rentgenoskopji i rentgenografji żołądka, trudności rozpoznawcze w całym szeregu chorób żołądka nie zostały przez to bynajmniej w sposób wyraźny zmniejszone. Pobudziło to ogół do szukania nowych pomocniczych środków rozpoznawczych—wyłoniła się koncepcja fotografowania śluzówki żołądka. Coprawda, już na szereg lat przedtem próbowano gastroskopji zapomocą wziernika w kształcie sztywnej grubej rury, wprowadzanej przez przełyk — jednakże sposób ten, ze względu na znaczne trudności techniczne i niebezpieczeństwo dla chorego — nie przyjął się.

Przed pół rokiem ukazała się pierwsza praca (*Spehl*, La Presse Méd., 18 kwietnia 1931), omawiająca technikę fotografowania wnętrza żołądka i wyniki osiągnięte. Od tego czasu podobnych publikacyj został ogłoszony cały szereg. Sam aparat fotograficzny ma kształt rurki długości 7 cm i średnicy 2,5 mm i zawiera w sobie bardzo silne źródło światła, szereg klisz(zdjęcia są stereoskopowe) i przyrząd do nadmuchiwania powietrza do żołądka, gdyż w czasie fotografowania śluzówka żołądka powinna być oddalona od aparatu conajmniej o 5 cm. Aparat ten wprowadza się do żołądka na półsztywnym zgłębniku. Po wywołaniu i utrwaleniu w sposób zwykły zdjęcia te są następnie powiększane i odczytywane.

Dużą trudność przy odczytywaniu zdjęć sprawiają: różnice, nieraz znaczne, w oświetleniu poszczególnych odcinków śluzówki żołądka i różnice w ich odległościach od aparatu fotograficznego. Poza tem, pewne okolice żołądka nie zostają prawie nigdy (ewentualnie bardzo niewyraźnie) uwidocznione na zdjęciach, są to: część malej krzywizny, wpust, dolna część dna i — co najważniejsze — odźwiernik i część przydźwiernikowa. Ciekawe wyniki osiągnięto tą metodą, jeśli chodzi o wygląd śluzówki prawidłowej, a zwłaszcza w różnych okresach czynności fizjologicznej żołądka; ze stanów chorobowych — w różnego rodzaju nieżytach żołądka duże usługi oddaje ten sposób badania. Gorzej się sprawa przedstawia w przypadkach wrzodów i raka żołądka — tutaj wyniki fotografowania są znacznie mniej pomyślne.

Odczytywanie zdjęć bywa znacznie ułatwione przez porównywanie ich z wynikami uprzednio dokonanych zdjęć rentgenowskich kontrastowych. Autor nie podziela zdania niektórych chirurgów, którzy fotografowanie wnętrza żołądka odsądzają od wszelkiej wartości rozpoznawczej, i rokuje tej metodzie badania duże znaczenie w przyszłości — to jest w miarę uproszczenia techniki zdjęć (która, jak dotychczas, wymaga dużej wprawy osobistej) i udoskonalenia wyników osiąganych.

M. Czyżewski.

CHOROBY NERWOWE

Padaczka i miesiączka (Epilepsie et menstruation). A. Souques.

La Presse Médicale. Nr. 11, luty, 1931.

Pomimo licznych badań klinicznych, histologicznych, chemicznych i doświadczalnych dotąd nie została wyświetlona patogeneza i fizjologja patologiczna napadów padaczkowych. Najbardziej prawdopodobnem jest przypuszczenie, że istnieje uszkodzenie układu nerwowego histologiczne bądź biologiczne, a równocześnie zmiany humoralne, zatrucie. Natężenie pewne zatrucia wywołuje podrażnienie komórek nerwowych bądź bezpośrednio, bądź przez układ błędno-sympatyczny i występuje napad.

Padaczka pochodzenia miesiączkowego jest faktem stwierdzonym klinicznie.

W przypadkach padaczki miesiączkowej napad pierwszy występuje w czasie miesiączki i napady powtarzają się równocześnie z miesiączką lub w czasie odpowiadającym miesiączce, jeżeli takowej brak. Zdarzają się przypadki, w których przerwanie miesiączki wskutek ciąży, bądź menopauzy, wreszcie kastracji wywołuje występowanie napadów. Faktom tym można przeciwstawić inne, gdy dojrzewanie, ciąża, menopausa, usunięcie jajników mają wpływ dodatni na padaczkę. Wreszcie znany jest wpływ leczniczy follikuliny.

Pląsawica i wzmożenie chorobowe pobudliwości kory mózgowej (przypadek pląsawicy połowiczej poudarowej). (La chorée et la reflectivité pathologique de l'écorce cérébrale. A propos d'un cas d'hémichorée posthémiplégique). André Thomas.

La Presse Médicale. Nr. 19, marzec, 1931, str. 337.

Choć umiejscowienie sprawy chorobowej w pląsawicy połowiczej poporażeniowej bywa różne, jednak mechanizm powstawania ruchów jest zawsze jednakowy.

Badanie anatomiczne i kliniczne pląsawicy, warunków, wywołujących powstawanie ruchów pląsawiczych, które je wzmagają, bądź osłabiają, bądź zupełnie znoszą, wskazuje, że kora osiąga nienormalną pobudliwość odruchową. Właściwie wzmożona pobudliwość odruchowa kory nie należy wyłącznie do pląsawicy, występuje i w innych cierpieniach. Nie koniecznie musi być uszkodzona kora: zmiana pobudliwości odruchowej kory może zależeć od uszkodzenia ośrodków nawet dość oddalonych, które znajdują się z nią w związku anatomicznym, bądź fizjologicznym.

O wpływie zatorów doświadczalnych mózgu na jego naczynia). (Sur la repartition dans les vaisseaux du cerveau des embolies cérébrales experimentales). M. Villaret, L. Justin, Besançon i St. Seze).

La Presse Médicale. Nr. 21, marzec, 1931, str. 369.

Badania doświadczalne nad wpływem u psów zatorów mózgowych na odczyny nerwowe i sercowo-naczyniowe. Wskazówki, dotyczące techniki.

Bóle neuralgiczne podbrzusza. Dane histopatologiczne i rozważania patogeniczne (Les pléxalgies hypogastriques: Documents histopathologiques, considérations pathogéniques). G. Cotte i J. Dechaume.

La Presse Médicale. Nr. 21, marzec, 1931, str. 373.

22 przypadki skontrolowane badaniem anatomo-patologicznem. Nie było żadnych danych na sprawę miejscową. Objawy bólowe zależą od zmian w układzie wegetatywnym, wycięcie nerwu miednicowego sympatycznego daje znakomite wyniki lecznicze. Histologiczne stwierdzono w nerwie przedkrzyżowym przekrwienie, wylewy krwawe, obrzęk, stan zapalny, zwyrodnienie włókniste. Czasami idzie o gruźlicze zapalenie nerwu.

Akromegalja, zwyrodnienie tłuszczowo - płciowe i cukromocz pochodzenia kiłowego (Acromégalie avec syndrome adiposogénital et glycosurie d'origine syphilitique). J. Payenneville i F. Cailliau.

La Presse Médicale. Nr. 21, marzec, 1931, str. 380.

Przypadek kiły trzeciorzędnej, umiejscowionej w przysadce, czego wynikiem było zwyrodnienie tłuszczowo-płciowe, wzmożenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego, oznaki ucisku zatoki jamistej i cukrzyca.

Przytoczony przypadek potwierdza zapatrywanie na przysadkę jako na gruczoł dokrewny, wskazuje drogi wydalenia wydzieliny i na rolę układu sympatycznego w tej sprawie, na znaczenie układu siateczkowo-nabłonkowego i jego połączeń z układem sympatycznym dla cyrkulacji hormonu i dla jego przemiany chemicznej. Wreszcie przypadek ten wskazuje na rolę kiły, w etjologji akromegalji i innych zespołów dokrewnych.

Wpływ mózgowych zatorów doświadczalnych na serce i naczynia. (Sur les effets cardiovasculaires des embolies cérébrales experimentales). M. Villaret, L. Justin Besançon i St. de Seze.

La Presse Médicale. Nr. 78, wrzesień, 1931, str. 1429.

Patogeneza nadciśnienia tętniczego w następstwie zatoru mózgowego może być sprecyzowana w sposób następujący:

1. Mechanizm nadciśnienia napadowego jest złożony i zależy od trzech czynników sercowego, naczyniowego i adrenalinowego.

2. Przyjmuje udział w jego powstaniu po*r*ażnienie ośrodków w opuszcze i mózgu i zakończeń czuciowych w naczyniach końcowych.

Rozważania na temat rozpoznania guzów wewnątrzmostowych. (2 przypadki glejaków). (Considérations intraprotubérantielles. A propos de 2 cas de gliomes de la région). J. A. Chavany, M. David i P. Puech.

La Presse Médicale. Nr. 78, wrzesień, 1931, str. 1433.

Początek choroby nieznaczny: Wczesne występowanie objawów ogniskowych, późne — wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego.

Objawy sznurowe: 1) pyramidowe jednostronne skrzyżowane, jednak często obustronne, 2) objektywne zaburzenia czucia, zwłaszcza rozczepienie syringomyeliczne, 3) zespół móżdżkowy ruchowy nieskrzyżowany, 4) oczopląs pionowy i porażenie spojrzenia na boki.

Objawy jądrowe: 1) zajęcie pary V-tej (bóle, zniesienie odruchu rogówkowego) 2) porażenie pary VII-ej typu obwodowego, 3) porażenie pary VI-ej, 4) zajęcie pary VIII (szum w uszach, zmienne wyniki próby Barany'ego), 4) zaburzenia połykania i fonacji.

Brak tarczy zastoinowej. Częstość objawów obustronnych.

Z. Messing.

CHOROBY KOBIECE, POŁOŻNICTWO

Etiologja, przebieg i rokowanie późnych krwawień w połogu. (Les hémorragies tardives des suites de couches; etiologie, évolution et pronostic). Audérodies, Péry.

Gynécol. Obstétr. LXXIV, Nr. 3, 1931.

Autorowie w bardzo obszernym i udokumentowanym referacie zjazdowym omawiają pierwszą część zagadnienia późnych krwawień w połogu.

Częstość występowania tego powikłania wynosi na zasadzie zbiorowej statystyki w 68.758 porodów — 1,55%.

Wieloródki i pierwiastki cierpią na omawianie schorzenie równie często; jeśli natomiast wyosobnić z wieloródek osoby drugi raz rodzące i połączyć je z pierwiastkami, to okaże się krwawienie późne w połogu zdarzające się w 77% przypadków u kobiet po I i II porodzie.

Trzeci okres przebiegał jak następuje: W przypadkach z pozostawieniem resztek w 31 był krwotok przed odejściem łożyska, a w 14 — usuwano łożysko ręcznie; w przypadkach, w których pozostałości w następstwie nie stwierdzono był krwotok w III okresie w 16 przypadkach, ręczne wydobycie łożyska w 7 przypadkach.

Przebieg gorączkowy połogu stwierdzono mniej więcej w połowie przypadków późnych krwawień, przyczem nadmienić wypada, że w grupie krwawień na skutek pozostawienia resztek przeważały połogi gorączkowe, w grupie krwawień bez pozostawienia resztek — raczej połogi bezgorączkowe.

Reasumując, etjologja pozostaje nadal niewyjaśniona.

Co się tyczy patogenezy, to nie jest ona jak się zdaje jednolita; wbrew niedawnemu poglądowi uznającemu pozostanie resztek łożyska jako jedyną przyczynę krwawień późnych w połogu, wiemy obecnie, że znaczna ilość przypadków niewątpli-

wie nie ma z residua post partum nic wspólnego. Odgrywa tu prawdopodobnie główną rolę infekcja, jak sądzi *Couvelaire*, a może nie bez znaczenia jest dostateczna kurczliwość macicy (Keiffer) występujące jako czynnik wtórny.

Badania mikroskopowe potwierdzają możliwość zakażenia, gdyż wykazują objawy zapalenia w miejscu łożyskowem.

Badania bakterjologiczne zresztą nieliczne wykazują w przeważnej części obecność łańcuszkowców (streptococcus), obok gronkowców i pałeczek okrężnicy. Przebieg kliniczny przed krwawieniem niczem nie przepowiada zbliżającego się powikłania, które najczęściej występuje w 12-ym dniu połogu. Dalszy przebieg i wyniki leczenia omawia praf. *Couvelaire* w II części referatu.

Rozpoznanie omawianego powikłania, które powinno brać pod uwagę różniczkowanie z rakiem części pochwowej i mięśniaków macicy, opierać się powinno głównie na badaniu wewnętrznem z ewentualną kontrolą jamy macicy. Ten ostatni sposób badania, pozwoli jedynie na rozpoznanie, czy w jamie macicy są resztki, czy nie, gdyż objaw otwarcia ujścia zewnętrznego zawodzi dość często: mianowicie ujście bywa zamknięte pomimo obecności resztek w jamie macicy i odwrotnie.

Rokowanie winno opierać się:

a) na obfitości krwawienia (anemja osłabia siły odpornościowe organizmu).

b) na objawach zakażenia, występujących przed lub w czasie krwotoku.

c) na wynikach zabiegów leczniczych wewnętrznomacicznych. Śmiertelność w tej grupie przypadków z resztkami w macicy wynosi 22%, w grupie bez resztek — 10,81%.

Leczenie późnych krwawień w połogu. (Traitement des metrorragies tardives des suites de couches). Couvelaire A. *Gynécol. Obstétr. LXXIV, Nr. 3, 1931.*

W drugiej części referatu zjazdowego omawiał *Couvelaire* jako korreferent sprawę leczenia późnych krwawień w połogu.

Pamiętać należy, że przyczyną krwawień może być oprócz schorzeń macicy jeszcze szereg innych, jako to owrzodzenia śluzówki pochwy w związku z krwiakiem zakażonym przypochwowym, martwica szyjki lub dolnego odcinka, rak szyjki mięśniak i t. d.

Wracając do tematu zasadniczego t. j. do krwawień w połogu związanych z samą macicą, bądź zawierającą resztki jaja płodowego, bądź ich nie zawierającą trzeba rozróżniać 3 sytuacje:

1. krwawienie poprzedzone lub nie podniesieniem gorączki i połączone z wydaleniem do szyi płata łożyska łatwo dostępnego dla badającego palca. W takim przypadku należy poprostu usunąć palcem wspomniany płat. Wyniki takiego postępowania w statystyce *Couvelaire'a* przedstawiają się bardzo dobrze 4 przypadki — 4 wyleczenia.

2. Krwawienie nie jest poprzedzone podniesieniem gorączki, a wydaje się, że macica zwija się prawidłowo. W tych przypadkach należy unikać forsowania ujścia zewnętrznego siłą, aby koniecznie zbadać palcem zawartość jamy macicy. Należy raczej stosować leczenie zachowawcze, to jest lód na brzuch, środki przeciwkrwotoczne per os i podskórne, a z drugiej strony należy chorą poddać ścisłej obserwacji, co do ciepłoty, tętna, stanu macicy i okolic dookoła macicznych, gdyż krwawienie to może być zwiastunem ciężkiego krwotocznego zakażenia połogowego.

3. Krwawienie jako pierwszy objaw krwotocznej postaci zakażenia połogowego bez wyraźnych oznak odklejenia się płata łożyska. W tej kategorji przypadków istnieją trzy linje postępowania:

a) Systematyczne badanie jamy macicy, jeśli stwierdza się obecność przyrośniętego płata wydobyć go najlepiej zapomocą palca; jeśli zaś nastąpiło przebicie macicy lub po zabiegu wystąpiły i wzmagają się objawy zakażenia — należy wówczas dopiero wyciąć macicę.

b) Ostrożne zbadanie jamy macicy.

Jeśli w niej znajduje się przyrośnięty mocno płat łożyska to należy natychmiast usunąć macicę. Jeśli nic nie stwierdzono należy pilnie baczyć, czy nie wystąpią objawy zakażenia i wówczas wyciąć macicę.

c) nie badać zupełnie jamy macicy. Zastosować leczenie zachowawcze, przeciwzakaźne i przeciwkowotoczne, a w razie powtórnego krwawienia, względnie pogorszenia się objawów zakażenia natychmiast wyciąć macicę.

Autor uważa pierwszy sposób postępowania za najniebezpieczniejszy, ostatni zaś najlepszy, rozumie jednak, że większość stronników „złotego środka" wybierze postępowanie drugie.

4. Krwawienie występujące w przebiegu zakażenia połogowego o rozmaitych postaciach zapalenia macicy, zapalenia przy i omacicza, zakażenia ogólnego w tej grupie przypadków najlepiej leczyć tylko konserwatywnie, a operować chyba wtedy kiedy zmuszą nas do tego uporczywie powtarzające się krwawienia i to o tyle, o ile można mieć nadzieję, że operacja przebiegnie łatwo i szybko.

Dla ilustracji przytacza C. w końcu wyniki swego postępowania w kliniec Baudeloque.

W grupie II — 14 przypadków — 7 leczono konserwatywnie — i wszystkie wyleczono. W 7 innych zastosowano wyjęcie ręczne lub skrobankę; 2 przypadki zakończyły się śmiercią. Z tych 7 przypadków w 5 wykazano resztki jaja płodowego: z tego w 3 — nastąpiło bezpośrednie wyleczenie, w 2 — pogorszenie, przyczem w 1 przypadku przyszło do wyleczenia po obustronnem zapaleniu żył kończyn dolnych, w drugim zaś śmierć po wycięciu macicy.

W pozostałych 2 przypadkach resztek łożyska nie wykryto: jeden skończył się wyleczeniem, drugi śmiercią po wtórnym krwotoku.

W grupie III — 13 przypadków. 3 przypadki leczono konserwatywnie — wyleczono; w 4 — zastosowano skrobankę lub usunięcie palcem pozostałych resztek — wszystkie zakończyły się śmiercią; z tych przypadków w 3 stwierdzono resztki, w 1 — nie. W 2 przypadkach zastosowano wycięcie macicy po zbadaniu jej wnętrza i stwierdzeniu przyrośniętego płata łożyskowego; obydwa te przypadki zakończyły się wyzdrowieniem. Wreszcie w 4 pozostałych przypadkach zastosowano odrazu wycięcie macicy: w 2 przypadkach z obecnością resztek: 1 śmierć, 1 wyleczenie; w 2 przypadkach bez zatrzymania resztek: w obydwu wy-

leczenie. Wycięcie macicy per laparotomiam — daje lepsze wyniki jak per vaginam.

Uwagi w sprawie kilku przypadków duru brzusznego współistniejącego z ciążą lub połogiem. (Réflexions sur quelques cas de fièvre typhoïde coïncidant avec l'état puerpéral). Rhenter J.
Rev. Franç. Gynécol. Obstétr. R. 26 Nr. 5, 1931.

Na zasadzie 19 przypadków duru brzusznego występującego w czasie ciąży, porodu lub połogu autor dochodzi do następujących wniosków:

1. Ciąża nie daje swoistej odporności w stosunku do zakażenia pałeczką Eberth'a.
2. Dur brzuszny nie ma cięższego przebiegu występując w czasie ciąży, ani też przerwanie ciąży nie wpływa na pogorszenie stanu chorej. Natomiast dur występujący w okresie połogowym ma niewątpliwie cięższy przebieg.
3. Ciąża ulega przerwaniu (i to najczęściej w drugim tygodniu choroby) w połowie przypadków; częstość przerwania ciąży stoi, jak się zdaje, w związku przyczynowym z ciężkością zakażenia.
4. Dzieci urodzone na czasie nie wykazują odstępstw od normy; natomiast urodzone przedwcześnie wykazują szczególną słabość i są rzadko zdolne do życia.
5. Współistnienie ciąży nie powinno wpływać na sposób leczenia duru brzusznego. W połogu karmienie winno być wzbronione.

Zakażenie połogowe czy zakażenie jam twarzowych. (Infection puerpérale ou infection des cavités faciales). Vignes H.
Gynécol. R. 30, L. VIII, str. 449, 1931.

Autor opisuje dwa przypadki gorączki w połogu, która okazała się po dokładnem zbadaniu spowodowana zakażeniem: w 1 przypadku — sinus frontalis et maxilaris; w 2 — ucha środkowego. Odpowiednio zastosowana terapja wyleczyła pacjentki.

Celem autora jest zwrócenie uwagi lekarzy na możliwość schorzenia narządów niekiedy bardzo odległych od sfery płciowej; schorzenia te są powodem fałszywej diagnozy zakażenia połogowego. Dokładne zbadanie całego organizmu pacjentki jest przy prowadzeniu nieprawidłowych połogów konieczne.

Zmiany patologiczne łożyska i ich wartość rozpoznawcza. (La pathologie du placente et sa valeur diagnostique). Morosovax A. N.
Gynécol. R. 30, L. VIII, str. 452, 1931.

Opierając się na danych z piśmiennictwa i na swoich badaniach drobnowidowych w ilości około 1.000, autor dochodzi do następujących wniosków:

1. Zmiany w łożysku są rzeczą dość częstą; stwierdzić je można w 48% łożysk kobiet zdrowych.
2. Łożysko jako narząd spełniający trojaką czynność: oddechową, odżywczą i wydzielniczą jest mało odporne i łatwo reaguje rozmaitemi zmianami morfologicznemi.
3. Zmiany histologiczne można stwierdzić w 96% przypadków kiły, ale zmiany swoiste występują w 27% zaledwie.
4. Współczynnik wagowy łożyska wzrasta w kile, ale nie stanowi jej cechy charakterystycznej.
5. Rozpoznanie kiły dziedzicznej opierać się może jedynie na zespole objawów klinicznych, serologicznych i anatomo-patologicznych, jak również na wywiadach rodzinnych.
6. Zmiany stwierdzalne w łożysku mają niewątpliwie znaczenie w rozpoznaniu różniczkowem pomiędzy kiłą i rzucawką porodową, ale jedynie w związku z zespołem objawów klinicznych.
7. Rozmaite zmiany morfologiczne łożyska mogą spotykać się w rozmaitych stanach patologicznych ciąży (rzucawka, zatrucie ciążowe, malarja, zatrucia pochodzenia wewnętrznego i zewnętrznego.

Epidemja gorączki połogowej wywołana przez łańcuszkowca pochodzącego z gardzieli. (Épidémie de fiévre puerpérale causée par un même streptocoque d'origine pharyngée). Courmont P. et P. Sédallian.
La Presse Méd. R., Nr. 72, str. 1325, 1931.

Położna w jednym z miast prowincjonalnych Francji, chora na anginę wywołaną przez łańcuszkowca hemolitycznego przeprowadziła 11 porodów w czasie od 24 maja do 11 czerwca.

Z liczby tych 11 porodów w 6-iu przyszło do zakażenia połogowego, przyczem jeden przypadek zakończył się zejściem śmiertelnem. Ten dziwny zbieg okoliczności był tem dziwniejszy, że położna, o której mowa praktykowała od 5 lat z powodzeniem i miewała wśród swych pacjentek zaledwie 1 — 2 na rok, które wykazywały lekkie wzniesienie ciepłoty w połogu. W omawianym okresie przechodziła ona zapalenie migdałków, przypominające płonicę, a badanie bakterjologiczne wydzieliny pobranej z migdałka wykazało czystą hodowlę streptokoków hemolitycznych. Z drugiej strony badanie ropy pochodzącej od jednej z wymienionych położnic wykazało obecność tego samego szczepu łańcuszkowca hemolitycznego, co w gardle położnej. Przypadek ten ilustruje słuszność często zapominanej zasady, że wszyscy nosiciele zakażenia w gardle, nawet w lekkiej postaci, winni być bezwarunko odseparowani od osoby rodzącej lub położnicy.

Leczenie krwawień z przewodu pokarmowego u noworodków. (Traitement des hémorragies du tube digestif chez le nouveau-né). Bansillon E.
Rev. Franç. Gynécol. 1.26, str. 232, 1931.

Krwawienia z przewodu pokarmowego u noworodków występują najczęściej na 2-gi dzień po porodzie. W etjologji tego schorzenia leży niewątpliwie w pewnym odsetku przypadków kiła.

Leczenie polega na następujących zarządzeniach: spokój dla przewodu pokarmowego, podawanie żelatyny, najlepiej w ocukrzonej wodzie, następnie injekcja adrenaliny z wapniem (ergotyna nie daje wyników); w ciężkich przypadkach należy wstrzyknąć 10—20cm³ surowicy końskiej podskórnie; jako środek ostateczny zastosować można przelewanie krwi z cytrynianem sodu do zatoki mózgowej, oczywista po sprawdzeniu grup krwi.

(W klinice Położniczej U. W. stosuje się z po-

wodzeniem injekcje domięśniowe krwi matki bez sprawdzania grup — przyp. referenta).

Hysterosalpingografja a niepłodność kobiety. (L'hystérosalpingographie et stérilité feminine). Beclére C.
La Presse Méd. R., Nr. 79, str. 1452, 1931.

W referacie, wygłoszonym na Zjeździe Międzynarodowym Radjologów w Paryżu, w lipcu 1931 r., autor podał w skrócie najważniejsze dane z hysterasalpingografji, w obecnym jej stanie rozwoju.
Najważniejszemi wskazaniami do zastosowania tej metody rozpoznawczej są:

1) badanie drożności jajowodów,
2) rozpoznanie zmian w jamie macicy,
3) rozpoznanie guzów w miednicy małej.

Nie ulega wątpliwości, że pierwsze wskazanie jest obecnie najważniejsze i, że z niego jest obecnie salpingografja najczęściej stosowana.
Pod względem diagnostycznym hystersalpingografja informuje nas o stanie anatomicznym jamy macicy i światła trąbek; dowiadujemy się mianowicie, czy macica jest dostatecznie rozwinięta, czy okolica ujścia wewnętrznego nie jest nadmiernie i patologicznie obkurczona; stan jajowodów wyjaśnia się dopiero w wyniku badania zdjęć nie'ylko bezpośrednich, ale także wykonanych po upływie 24 godzin; oczywista wyjaśnia ewentualne umiejscowienie niedrożności.
Pod względem leczniczym przedewszystkiem znaczenie niewątpliwe ma poprzednio omówione uzyskanie danych rozpoznawczych.
Ponadto stwierdzono, że około 10% kobiet dotychczas niepłodnych po salpingografji zaszło w ciążę, co autor uważa za leczniczy skutek omawianej metody rozpoznawczej.
Technika nie uległa zmianie: dokładne zamknięcie ujścia zewnętrznego, ciśnienie nie przewyższające 300 mm. Hg. najlepiej mierzone manometrem, wykonanie dwu zdjęć po wpuszczeniu lipjodolu i trzeciego po 24 godz. wypełnienia macicy pod kontrolą radioskopową — oto najważniejsze zasady techniki salpingografji.
Na zakończenie autor podniósł iż w hysterosalpingografji koniecznym warunkiem powodzenia jest ścisła współpraca ginekologa z radiologiem.

Domy matek. (Les maisons maternelles). Trillat Paul.
Rev. Franç. Gynécol. Obstétr. T.26, Nr. 5, 1931.

Po dokładnem omówieniu historji prawodawstwa w dziedzinie domów dla matek (domów dla ciężarnych, rodzących i karmiących), autor przedstawia zasady ich organizacji obecnej.
Wybór miejsca. Domy dla matek winny być zakładane w bliskości dużych miast, w dzielnicy spokojnej, zdrowej.
Urządzenia wewnętrzne. Domy dla ciężarnych winny zawierać, oprócz sypialni, salę jadalną i wypoczynkową i jedną lub dwie separatki dla chorych, będących pod obserwacją. Ponadto pamiętać należy o mieszkaniach dla personelu i o salce dla badań, w której ewentualnie mógłby się odbyć nagły poród. Wanny do kąpieli nie są konieczne, natomiast urządzić należy prysznice do obmywania ciała i umywalnie dla podmywania.
Dom dla karmiących wymaga już znacznie bardziej skomplikowanej organizacji, oczywista jeśli chodzi o matki dokarmiające sztucznie, lub całkowicie sztucznie karmiące
Wielki nacisk kładzie autor na izolację matek karmiących piersią od matek dzieci sztucznie karmionych; zły przykład tych ostatnich działa zaraźliwie na matki karmiące, które też często odmawiają uciążliwego nieraz karmienia i zatracają pokarm.
Schroniska dla rodzących winny posiadać wszystkie zalety dobrze urządzonych zakładów położniczych; stwarzanie namiastek jest szkodliwe i niebezpieczne, najlepiej nawiązać kontakt z pobliskim zakładem położniczym i do niego posyłać pensjonarjuszki na poród.
Personel. Personel schroniska dla ciężarnych winien składać się z dyrektorki (zarządzającej), akuszerki, kucharki i dozorczyń w ilości odpowiedniej do ilości pensjonarjuszek.
Dom dla kobiet karmiących wymaga liczniejszego personelu, oczywista w przypadku, jeśli chodzi o karmienie sztuczne.
Funkcjonowanie. Przyjęcie do domu matek odbywać się powinno po zbadaniu przez lekarza, który winien skierować do szpitala wszystkie przypadki wymagające leczenia.
Pensjonarjuszki winny pracować, lecz praca ta, zdaniem autora, nie powinna być obowiązująca: za pracę wykonaną otrzymują pensjonarjuszki niewielkie wynagrodzenie pieniężne.
Termin pobytu kobiet w omawianych zakładach w zasadzie winien być nieograniczony; minimalnie trwać powinien dwa do trzech miesięcy przed porodem i trzy miesiące po porodzie, gdyż jak mówi doświadczenie, matka która przez 3 miesiące karmiła piersią swoje dziecko, już go nie opuści, przynajmniej w większości przypadków.
Budżet. Na ostatniem spostrzeżeniu wymienionem w punkcie poprzednim opiera się uzasadnienie budżetowe konieczności utrzymywania domów dla matek. Autor wyliczył, że utrzymanie matki w ostatnich miesiącach ciąży i pierwszych okresu karmienia wynosi mniej więcej 2.610 fr., a wychowanie do pełnoletności dziecka porzuconego, kosztuje państwo 20 do 25.000 fr.
Jeśli przyjąć (jak wykazują statystyki), że przynajmniej 84% matek, które karmiły przez trzy miesiące swoje dzieci, już ich nie porzucają, widać jak znaczny zysk materjalny osiąga państwo.
Wyniki akcji tworzenia domów dla matek wyrażają się w zmniejszeniu ilości poronień, porodów dzieci niedonoszonych i słabych, płodów martwych, a także w spadku śmiertelności matek w połogu. Ponadto zmniejsza się ilość opuszczonych dzieci, a wartość moralna matek ulega niewątpliwie podniesieniu.

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE

Wciągnięcia i zgrubienia odbytu a limfogranulomatoza pachwinowa. (Rétrécissement ano-rectal éléphantiasique et lymphogranulomatose inguinale). Nicolas Favre, Massin, Lebeuf.
Journal de Méd. de Lyon. Nr. 273, 1931.

Naciekowe hyperplastyczne zmiany dolnej części prostnicy i odbytu t. zw. syphiloma ano-rectale, początkowo uważane za objaw kiły, dzisiaj, pomijając nieliczne zdania sprzeciwu, uważane jest za

następstwo zastoju w obiegu limfatycznym skutkiem zniszczenia pewnej grupy gruczołów chłonnych. Sprawą, która prowadzi do tego zniszczenia, jest lyphogranulomatosis inguinalis, jednostka chorobowa wyodrębniona niedawno przez *Nicolas'a* i *Favre'a*. Badanie *Frei'a* nad szczepieniami doskórnemi dowiodły istnienia swoistego uczulenia w przebiegu tej choroby i ułatwiły rozpoznanie jej.

Schorzenie cechują powstawanie niepodatnych zgrubień ściany odbytnicy w jej dolnej części bez blizn i owrzodzeń. W początkowym okresie niema jeszcze wciągnięć. Zmiany stopniowe obejmują i odbyt. Ze zmianami około odbytu występuje często równoczesno słoniowatość warg sromnych. Zgrubienia mają kształt zrazików i tworzą około odbytu rodzaj guza. Schorzenie jest wybitnie przewlekłe, wciągnięcia pojawiają się po miesiącach, a nawet po latach. Autorzy opisują 2 przypadki takich zmian około odbytu. W obydwu śródskórne reakcje z odpowiednim antygenem były wybitnie dodatnie, ze szczepionką Dmelcos — ujemne. W przypadku pierwszym, trwającym 10 lat, nie było widocznych zmian w okolicy pachwin; w przypadku drugim — 6 lat trwającym — pojawienie się zmian około odbytu poprzedziły objawy lymphogranulomatosis inguinalis (ropiejące guzy w pachwinach, przebijające się mnogiemi przetokami nazewnątrz).

Naczyniaki skórne a marskość wątroby. (Angiomes cutanés et hépatites scléreuses). M. Favre i J. R. Monnier.
Journal de Méd. de Lyon. Nr. 273, 1931.

Autorzy zwracają uwagę na częste występowanie naczyniowych zmian na skórze w przypadkach różnych schorzeń wątroby, prowadzących do jej marskości. Zwykle dotknięte bywają naczynia skóry twarzy. Najczęściej porozszerzane naczynia włosowate tworzą na twarzy siatkę, powodując sinoczerwoną barwę twarzy, tak częstą u alkoholików. O wiele mniej znane są przypadki powstawania rzeczywistych naczyniaków w związku z marskością wątroby. Autorzy podają obserwacje 4-ch przypadków, w których, w przebiegu zmian wątrobowych, prowadzących do nieznacznej marskości — wystąpiły nagle rzeczywiste naczyniaki w postaci ograniczonych lub rozlanych plam i naczyniaków gwiazdowatych lub siatkowych. Autorzy ograniczają się do stwierdzenia jedynie faktów klinicznych, pozostawiając sobie na przyszłość omówienie istoty tego związku.

W sprawie wiewiórowego zapalenia sromu i pochwy u dzieci. (A propos de la vulvo-vaginite gonococcique infantile). J. Gaté i P. J. Michel.
Journal de Méd. de Lyon. Nr. 273, 1931.

Mając sposobność obserwowania wielkiej ilości dziewczynek zakażonych wiewiórem — autorzy doszli do następujących wniosków: przypadkowe zakażenie od rodziców jest następstwem bliskiego współżycia, ciasnoty mieszkań, używania wspólnej bielizny i przedmiotów, służących do osobistego użytku. Ten rodzaj zakażenia jest najczęstszy. Masowe zakażenia, imitujące wielkie epidemje, wybuchające niekiedy w zbiorowiskach dzieci — następują w ten sam sposób.

Schorzenie z punktu widzenia klinicznego może przybrać postać ostrą, podostrą i przewlekłą, a nawet ukrytą. Zakażenie może objąć cały aparat rodny wraz z macicą, a także prostnicę i tem tłumaczy się jego przewlekłość. Powikłania są rzadkie, a zwłaszcza stawowe. Leczenie powinno być przedewszystkiem miejscowe, poza niewielkiemi ograniczeniami w djecie polega głównie na przepłukiwaniach pochwy, wykonywanych początkowo 2 razy dziennie, następnie 1 raz dziennie. Przepłukiwania należy wykonywać sondą miękką poza hymen z nadmanganjanu potasu 1 : 5000 lub z roztworu protargolu 1 : 200. Najczęściej co 2 tygodnie zmienia się płyn do przestrzykiwania, stosując naprzemian po 2 tygodnie jeden i drugi. Skuteczność leczenia nie polega na sposobie wykonywania przepłukiwań, a jedynie na długotrwałem i regularnem ich wykonywaniu. Najmniej należy je stosować 4 miesiące, często o wiele dłużej. Co się tyczy leczenia szczepionkami — to stosowane miejscowo były bez wyniku, ogólnie w postaci zastrzyków są jedynie potrzebne w bardzo nielicznych przypadkach powikłań (peritonitis). Autorzy stosowali także dożylne wlewania trypaflawiny lub gonacriny w dawkach 0,01 co 3-ci dzień. Leczenie to, niekiedy b. trudne, powodowało nieznaczne podrażnienia nerek. Co do wyników to nie zdaje się, aby ten sposób leczenia miał przed sobą przyszłość. W przypadkach zajęcia prostnicy należy przepłukiwać i kiszkę.

Zmiany barwikowe na wargach i śluzówce policzków w przypadku kiły. (Pigmentation labiale et jugale chez un syphilitique). Gougerot i Burnier.
Annales des Malad. Vénér. Nr. 5, 1931.

Milian zwraca uwagę na istnienie barwnikowych plam na śluzówkach u kiłowych i na częste współistnienie w przebiegu kiły trzeciorzędnej białawych nalotów. Autorzy podają spostrzeżenie jednego przypadku wyraźnych pigmentacji na wargach i śluzówce jamy ustnej u kobiety, zakażonej kiłą przed 8 laty, u której nie było żadnych nalotów na śluzówkach w jamie ustnej.

Owrzodzenie olbrzymie umiejscowione pozapłciowo. (Chancres géatns, leurs sieges extra-génitaux, leurs difficultés de diagnostic). P. Blum, J. Bralez i R. Archambaud.
Annales des Malad. Vénér. Nr. 5, 1931.

W 2-ch przypadkach znacznych rozmiarów owrzodzeń, które w końcu okazały się kiłą pierwotną — nie rozpoznawano początkowo kiły, ze względu na niezwykłe umiejscowienie owrzodzeń i pewne ich cechy kliniczne. W przypadku pierwszym owrzodzenie znajdowało się w fałdzie nosowo-policzkowym, równocześnie istniało ropne zapalenie gruczołów chłonnych podszczękowych. W 2-im przypadku znacznych rozmiarów owrzodzenie na palcu wskazującym nasuwało na myśl istenienia zastrzału (panaritium).

Zakażenie skóry. (L'infection cutanée). G. Milian.
Rev. Francaise de Dermatologie et de Vénér. Nr. 3, 1931.

Zakaźne schorzenia skóry dzieli autor na 2 grupy: pierwszą — pochodzenia zewnętrznego, np. epidermophytiasis, drugą — pochodzenia zewnętrz-

nego, np. pityriasis rosea Gilbert. Schorzenie takie jak czyraczność mnoga może rozsiewać się na powierzchni skóry, nie da się jednak wykluczyć przy długiem jego trwaniu możność rozsiania się ognisk drogą krwi. Powierzchowne, zewnętrzne zakażenia poleca autor leczyć, stosując jedynie środki łagodzące objawy zapalne, a więc: zwilżania, obmywania w ciągu 2-ch do 4-ch dni. Autor odradza w tych przypadkach stanowczo stosowanie maści, a zaleca roztwory alkoholowe (tra jodi) methylenblau, kamforę i wodne roztwory azotanu srebra. W przypadkach zakażenia głębokiego mieszków konieczna jest epilacja. W przypadkach zakażenia skóry drogą krwiobiegu wskazane jest leczenie wewnętrzne, a więc w przypadkach kerion dożylnie preparaty jodowe; w przypadkach zakażenia gronkowcami — kwas fosforowy per os, novarsenobenzol dożylnie. Długotrwałe stosowanie arsenobenzolu w przypadkach choroby Duhringa, pominąwszy zaostrzenie sprawy po pierwszych zastrzykach, daje zwykle dobre wyniki. Leczenie szczepionkami zaleca w przypadkach zakażenia małą ilością mikrobów, przeciwnie w septicemjach — szczepionki są przeciwskazane, a znajdują zastosowanie surowice. W końcu wspomina autor o heteroterapji, która stosowana jako leczenie specyficzne dla innego schorzenia może równocześnie dobrze wpłynąć na schorzenie skórne innego pochodzenia, np. kuracja przeciwkiłowa, opoterapja i t. d.

O. t. zw. przedrakowych dyskeratozach. (Considération sur les dyscératoses dites précancéreuses). G. Massia i J. Rousset.

Journal de Méd. de Lyon. Nr. 273. 1931.

Z szeregu schorzeń, t. zw. przedrakowych, autorzy omawiają tylko dwa: chorobę Paget'a i Bowena. Ich zdaniem te dwa schorzenia mylnie są oznaczone jako przedrakowe, a należy je pomieścić pomiędzy prawdziwymi rakami skóry i śluzówek.

Klinicznie choroba Paget'a w pierwszym okresie, t. zw. wypryskowym, przedstawia się jako zaczerwienienie brodawki sutka i obwódki, nieco sączące o konturach bardzo wyraźnych. Ta zmiana usiana jest białawemi wysepkami zgrubiałego naskórka. Zarysy są policykliczne, brodawka zwykle jest wciągnięta. Histologicznie schorzenie cechuje się przerostem naskórka w postaci wyrostków międzybrodawkowych, złożonych z komórek, t. zw. dyskeratotycznych. Są to prawdopodobnie komórki Malphigi'ego, które przeszły w okres zwyrodnienia łojowego. W otoczeniu znajdują się komórki zapalne. Schorzenie jest długotrwałe zawsze trwa lata, zmiana stopniowe powiększa się na powierzchni i wgłąb i przechodzi w typowy nowotwór sutka. Oprócz wyżej opisanego przebiegu klasycznego istnieją przypadki, w których pod nieznaczną zmianą na skórze znajdujemy w głębi znacznych rozmiarów nowotwór. Choroba Bowena, zdaniem autora, jest histologicznie bardzo zbliżona do powyższej i klinicznie nie można przeprowadzić ścisłej granicy między niemi, jeżeli się uwzględni fakt, że choroba Paget'a może wystąpić nietylko na sutku, ale i w każdym innym miejscu na skórze. Zejście obydwu tych spraw jest jednakowe: tak jedna jak i druga przechodzi w nowotwór, t. zw. dyskeratotyczny.

Bizmutowe zapalenie nerek. (Néphrites bismuthiques). Louis Bery.

Paris Méd. 1931. Nr. 10.

Zapalne zmiany nerek, uprzednio zdrowych, spowodowane bezwzględnie trującem działaniem bizmutu, stosowanego w dawkach zwykłych zasadniczo nie istnieją. Istnieje natomiast szereg rzadkich zaburzeń nerkowych, w przeciągu leczenia bizmutowego i te zmiany autor określa nazwą zapaleń bizmutowych.

Nieznaczny stopień zatrucia bizmutem może spowodować podrażnienie nerek, które objawia się przejściową poliurją bez białkomoczu i bez złuszczania się nabłonków nerkowych. W tym okresie powiększenie się dawek bizmutu ponad granicę tolerancji może sprowadzić białkomocz i oligurię, co jest objawem zajęcia miąższu nerek. Oprócz zwiększenia dawek stosowanych w leczeniu bizmutem może przyjść do zatrucia bizmutem przy małych dawkach bizmutu, skutkiem nagłego zresorbowania się nagromadzonych w organizmie związków bizmutowych, zwłaszcza nierozpuszczalnych lub skutkiem przedostania się do krwiobiegu połączeń bizmutowych, znajdujących się w pokładach mięśniowych, skutkiem zakażeń podczas stosowania małych nawet dawek bizmutu, skutkiem istniejących uprzednio zmian w wątrobie i w nerkach.

Pierwszymi zwiastunami nietolerancji bizmutowej są: szary rąbek na dziąsłach — pigmentacje na śluzówce policzka, polyuria, zciemnienie moczu skutkiem pojawienia się w nim zredukowanych działaniem bakterji pochodnych bizmutu na siarczki bizmutu. Następny stopień zatrucia bizmutem stanowi zapalenie śluzówki jamy ustnej (w przypadkach stosowania bizmutu bardzo rzadkie). Objawem jeszcze silniejszego zatrucia są zaburzenia w przewodzie pokarmowym (nudności, wymioty, bóle w dołku, wzdęcie, biegunki), niekiedy zaburzenia ze strony wątroby (żółtaczka) i objawy ogólne (podniesienie ciepłoty t. zw. grypa bizmutowa, osłabienie, wyniszczenie) i w końcu objawy ze strony nerek (początkowo białkomocz, oligurja, wałeczki w moczu, w końcu uremja).

Przypadki zapaleń nerek pobizmutowych, opisane w literaturze można podzielić na 2 grupy:

1. przebiegające z równoczesnem zapaleniem śluzówki jamy ustnej i 2. bez tego zapalenia.

W obu grupach najczęstszą przyczyną zmian w nerkach jest zakażenie drobnoustrojami, które przez uszkodzoną śluzówkę przedostaje się do organizmu i które tem łatwiej atakuje nerki obciążone wzmożoną czynnością wydzielniczą trującej substancji z organizmu. Zakażenie to, o ile nie wdziera się do organizmu przez owrzodzenia i ubytki dające się stwierdzić klinicznie, to przedostaje się przez drobne, nie dające się zauważyć pęknięcia i uszkodzenia okołozębowe.

Polyuria jest częstą, zwykle krótkotrwałą, trwa w ciągu 2 do 3 pierwszych zastrzyków; może dojść nawet do 3 litrów na dobę.

Białkomocz przeciwnie jest bardzo rzadki (należy wykluczyć białkomocz kiłowy, który pod wpływem leczenia ustępuje) i o ile przekroczy ślady jest pierwszym sygnałem alarmującym, po którym należy zaprzestać, przynajmniej chwilowo, stosowania bizmutu.

Dr. Z. Jastrzebska.

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE

Leczenie zakażeń dróg moczowych gonakryną. Poza przypadkami ostrej rzeżączki, zauważono również w zakażeniach dróg moczowych pochodzenia nierzeżączkowego pomyślny wynik wstrzykiwań dożylnych gonakryny. Dotyczy to szczególnie zakażeń gronkowcowych — pyelitis, bacteriuria. *(Colombino — La Presse Méd. Nr. 90, listopad 1931).*

* * *

W przypadkach ropni płucnych, powstałych w następstwie zapalenia płuc odoskrzelowego, bardzo dobre i szybkie wyniki lecznicze widuje się po podaniu emetyny i novarsenobenzolu (przy obecności w plwocinie tlenowych i beztlenowych krętków), zwłaszcza jeśli leczenie to uzupełnić wykonaniem sztucznej odmy piersiowej. *(Mauzaffer Chevki — La Presse Méd. Nr. 90, listopad 1931).*

* * *

Doskonałym środkiem, **hamującym nadmierną perystaltykę w różnego rodzaju i pochodzenia biegunkach,** okazała się **kamfora** w roztworze wodnym; środek ten, podany w dawce dziennej 0,25 grama, już w ciągu 24—48 godzin łagodzi bóle i redukuje ilość stolców do liczby mniej więcej prawidłowej. Ponieważ kamfora rozpuszcza się w wodzie w stosunku 1 : 1000, a wypicie odpowiedniej ilości płynu (koło 300 cm³) — ze względu na bardzo przykry smak tego lekarstwa — byłoby zbyt trudne, dodaje się doń jako corrigens odpowiednią ilość syropu miętowego (sirup menthae). Należy zaznaczyć, że działania powyższego na kiszki nie wywierają wcale inne związki chemiczne, które i swym składem chemicznym, i działaniem farmakologicznem są zbliżone bardzo poza tem do kamfory. *(Busquet i Jaurou — La Presse Méd. Nr. 90, listopad 1931).*

Cz.

KRONIKA

Dnia 28 listopada r. b. w Państwowej Szkole Higjeny odbyło się zamknięcie VII-go kursu trachomatologji dla lekarzy.

Na kurs zgłoszonych było 69 kandydatów; ukończyło kurs 50-ciu lekarzy ze wszystkich województw Polski, przyczem 20-tu lekarzy otrzymało z Departamentu Służby Zdrowia M. S. Wewn. zasiłki na odbycie kursu.

Ponieważ w poprzednich kursach brało udział 323 słuchaczy, ogółem zatem przeszkolenie z tego zakresu otrzymało w Państw. Szkole Higjeny 373 lekarzy.

Po sprawozdaniu z przebiegu kursu D-ra M. Zacherta, jako kierownika kursu, przemawiali: w imieniu Dep. Służby Zdrowia M. S. Wewn. — Dr. H Palester, Naczelnik Wydziału Chorób zakaźnych, podnosząc znaczenie tych kursów w organizacji walki społecznej z jaglicą: w imieniu prelegentów — Doc. Dr. W. H. Melanowski, w imieniu Wydziału Zdrowia Magistratu m. st. Warszawy — Dr. S. Stypułkowski podkreślił zadanie i pracę lekarzy w przychodniach przeciwjaglicznych; w imieniu słuchaczy przemawiał Dr. Stenzel, dziękując Kierownikowi Państw. Szkoły Higjeny, Depart. Służby Zdrowia i kierownikowi, dr-wi Zachertowi, za organizację kursu. W końcu przemówieniem zamknął kurs Dyrektor Państw. Szkoły, Dr. W. Chodźko, poczem rozdane zostały zaświadczenia z wysłuchania kursu.

* * *

MIĘDZYNARODOWY KONGRES LEKARSKI W VICHY

Wyłączny temat: Kamica żółciowa.

Międzynarodowy Kongres Lekarski o kamicy żółciowej odbędzie się w Vichy w dniach od 19 do 22 września 1932 roku pod przewodnictwem profesora Carnot'a, członka Academie de Medecine.

Obrady jego podzielone zostaną na sekcje::

1°.— Teoretyczną-djagnostyczną,
2°.— Chirugiczną,
3°— Terapji i wodolecznictwa,
4°— Elektro-radjo-i fizjoterapji.

Tytuły referatów winny być przesłane do Sekretarjatu głównego najpóźniej do dnia 1 czerwca 1932 r. Treść referatów wygłoszonych na Kongresie ma być, po przepisaniu na maszynie i poprawieniu w formie ostatecznej, złożona w Sekretarjacie Głównym. Referat nie powinien przekraczać pięciu stron pisma maszynowego, po 40 wierszy na stronie i po 68 liter w wierszu.

Wobec znacznej już liczby zgłoszonych referatów, każdy z uczestników będzie mógł przemawiać raz jeden, a czas przemówienia ograniczony zostaje do 10 minut.

Wpisowe ustalone zostało dla członków w wysokości 50 fr. franc., obejmuje ono już koszt sprawozdania z Kongresu, które rozesłane zostanie później uczestnikom.

Uczestnikom towarzyszyć mogą członkowie ich rodzin, którzy chcieliby wziąć udział w uroczysto-

ściach i przyjęciach organizowanych z racji Kongresu; każdy z uczestników winien podać liczbę towarzyszących mu osób i za każdą z nich wpłacić wpisowe w wysokości 25 fr. franc.

Wszelkie informacje uzupełniające przesłane zostaną uczestnikom Kongresu w czasie późniejszym.

P. P. Lekarze, którzy chcieliby wziąć udział w Kongresie, proszeni są o zgłoszenie pod adresem: Secretariat General du Congres, 24 Boulevard des Capucines, Paris; tam również przesyłać należy wszelką korespondencję.

* * *

Dnia 15 stycznia 1932 roku rozpoczyna Państwowy Zakład Higjeny trzymiesięczny wyższy kurs bakterjologji, parazytologji i nauki o odporności.

Zajęcia praktyczne na kursie odbywać się będą codziennie z wyjątkiem świąt od godz. 9-ej rano do 1-ej pp., a wykłady od 1-ej do 3-ej.

Poszczególne działy wyłożą: doc. Anigstein, prof. Bassalik, dr. Brokman, prof. Bujwid, dr. Eisenberg, dr. Fejginówna, prof. Hirszfeld, prof. Gąsiorowski, prof. Gieszczykiewicz, doc. Górecki, dr. Karłowski, doc. Karwacki, doc. Kapuściński, doc. Ławrynowicz, prof. Nitsch, doc. Sierakowski, doc. Sparrow, prof. Szenajch, inż. Szniolis, doc. Szulc, prof. Szymanowski, prof. Weigl, dr. Zdanowicz.

Kierownikiem kursu jest doc. dr. H. Sparrow.

Uczęszczać na wykłady może każdy interesujący się bakterjologją i nauką o odporności.

Udział w zajęciach praktycznych i miejsce w pracowni otrzymać mogą tylko osoby, posiadające studja wyższe: lekarskie, farmaceutyczne, chemiczne i przyrodnicze, lub osoby, które mogą się wykazać większem doświadczeniem w dziedzinie bakterjologji.

Osobom, które w całości odbędą zajęcia praktyczne, może być wydane odpowiednie zaświadczenie.

Opłata wynosi: 150 złotych za wykłady i 200 za udział w ćwiczeniach. Należność wpłacona być może w 2-ch ratach.

Zgłoszenia kierować należy najpóźniej do dnia 15 grudnia pod adresem Państwowy Zakład Higjeny, Chocimska 24, Warszawa Kierownictwo Kursu.

Kandydaci proszeni są o nadesłanie: 1) podania, 2) odpisu dyplomu, 3) ew. świadectwa z odbytej praktyki.

Do dnia 1 stycznia 1932 roku Państwowy Zakład Higjeny prześle zawiadomienia, czy kandydat został przyjęty.

* * *

VII KURS UZUPEŁNIAJĄCY DLA LEKARZY
p. t. „Gruźlica i jej zwalczanie".

Przy poparciu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departamentu Służby Zdrowia) Polski Związek Przeciwgruźliczy organizuje 9-cio tygodniowy Kurs Uzupełniający dla lekarzy mających się poświęcić pracy na polu walki z gruźlicą, a zwłaszcza w poradniach przeciwgruźliczych.

Obecny kurs trwać będzie od dnia 14 stycznia do 17 marca 1932 r. i uwzględni w pierwszym rzędzie studja praktyczne, jak również cały szereg wykładów teoretycznych z dziedziny lecznictwa oraz metod walki z gruźlicą.

Każdy ze słuchaczów będzie miał możność praktycznego zajmowania się kliniką gruźlicy przez odbycie praktyki (stage'u) w zakresie: gruźlicy wewnętrznej, chirurgicznej i dziecięcej w klinikach U. W. i na oddziałach szpitalnych. Nadto każdy ze słuchaczów zaznajamia się dokładnie z techniką pracy w 4 poradniach przeciwgruźliczych, pracując kolejno w każdej przez cały czas trwania kursu. Wykłady teoretyczne będą dostępne dla ogółu lekarzy bez żadnego ograniczenia i bez opłat.

Celem ułatwienia odbycia kursu zostaną przyznane 5-ciu lekarzom stypendja zwrotne w łącznej wysokości 2.000 zł. Pierwszeństwo w otrzymaniu stypendjum będą mieli lekarze delegowani przez instytucje przeciwgruźlicze.

Podania należy składać pocztą lub osobiście do dnia 4 stycznia 1932 r. do biura Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, ul. Chocimska 24 (gmach Państwowej Szkoły Higjeny) w godzinach od 10-ej do 3-ej pp.

Do podania należy dołączyć: 1) krótkie curriculum vitae, z podaniem dotychczasowej działalności, 2) zaświadczenie instytucji delegującej lekarza na kurs, 3) zobowiązanie do czynnego udziału w akcji zwalczania gruźlicy przynajmniej przez dwa lata po ukończeniu kursu.

O przyjęciu na kurs decydować będzie Komisja Kwalifikacyjna, poczem natychmiast zostaną wysłane wszystkim kandydatom zawiadomienia.

Z ukończenia kursu wydane będzie zaświadczenie po uprzedniem złożeniu końcowego colloquium.

Komisja Organizacyjna zaleca dokładne przestudjowanie przez kandydatów przed kursem odpowiedniej literatury (Ciechanowski: Gruźlica i jej zwalczanie, Popowski i Paradistal — Poradnia Przeciwgruźlicza). Dokładne przestudjowanie tych dzieł umożliwi słuchaczom należyte wykorzystanie wykładów oraz zajęć praktycznych.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji Warszawa, Kaliska 9. Tel. 724-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto P. K. O. 15.785.

ZAKŁADY GRAFICZNE E. i D-ra K. KOZIAŃSKICH WARSZAWA, KRAK.-PRZEDM. 66.